

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 février 1899, à 1 heure

PAR

Élie DECHERF

Né à Bourbourg-Campagne (Nord), le 22 mai 1873

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

DYSPEPSIE CHRONIQUE

DE LA SECONDE ENFANCE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

HUTINEL, Professeur.

Juges : MM.

MARFAN, Agrégé.

ACHARD, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 février 1899, à 1 heure

PAR

Élie DECHERF

Né à Bourbourg-Campagne (Nord), le 22 mai 1873

ÉTUDE CLINIQUE

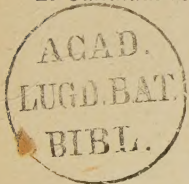
DE LA

DYSPEPSIE CHRONIQUE DE LA SECONDE ENFANCE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{HUTINEL, Professeur.} \\ \text{MARFAN, Agrégé.} \\ \text{ACHARD, Agrégé.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WEISS.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Faible témoignage de ma piété
filiale.

A MA MÈRE

Hommage de mon éternelle
reconnaissance.

A MON FRÈRE, L'ABBÉ LÉON DECHERF

Professeur au collège libre de Tourcoing.

A MON FRÈRE HENRI

Capitaine au 8^e de ligne.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants malades.

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Nombre d'auteurs et des plus éminents, se sont tour à tour essayés sur la question de la dyspepsie de l'adulte. Il serait trop long de citer tous les travaux remarquables dont ce sujet a fourni la matière. Mais, fait curieux, jusqu'à ces dernières années, l'étude de la dyspepsie infantile a été complètement délaissée. Thiébault (1) ne disait-il pas en 1882, que la dyspepsie était exceptionnelle avant 20 ans. L'année suivante, Moncorvo (2), de Rio de Janeiro étudie la dilatation de l'estomac chez les enfants d'après neuf observations personnelles. En 1884 et 1885, M. Bouchard (3), grâce à ses travaux sur les auto-intoxications, ouvre une ère nouvelle à l'étude des affections gastro-intestinales.

A M. Comby (4), revient l'honneur d'avoir le premier établi en 1884 et 1885, par des observations très probantes les rapports étroits entre l'allaitement artificiel ou mixte, le rachitisme et la dyspepsie.

Il avait été frappé de l'existence de la dilatation stomacale chez tous les enfants rachitiques, alors que les enfants élevés exclusivement au sein dans de bonnes conditions, ne présentaient aucun trouble du côté de

(1) Thiébault : Thèse de Nancy, 1882.

(2) Moncorvo : Revue des maladies de l'Enfance, 1883.

(3) Bouchard : Société médicale des hôpitaux, 1884.

Id. : Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1885.

(4) Comby : Archives générales de médecine, 1884 et 1885.

l'estomac. Il en conclut que l'allaitement artificiel et parfois l'allaitement maternel mal réglé, étaient seuls capables d'engendrer les troubles digestifs et le rachitisme. Le premier, il donna une description clinique des symptômes qui permettent de reconnaître la dyspepsie chez les enfants.

Depuis lors, plusieurs auteurs ont étudié cette question. Qu'il nous suffise de citer les travaux de MM. Blache (1) en 1886, Lesage (2) en 1887 et 1888, Machon (3) en 1887, Marfan (4) en 1894 et 1895, Magnaud (5) en 1897.

Si nous exceptons l'article de M. Comby dans le dernier traité des maladies de l'enfance (6), il est impossible de découvrir une description complète et détaillée de cette affection pourtant si fréquente en clinique infantile.

Il nous a été donné d'observer et de suivre un certain nombre d'enfants dyspeptiques soit à la consultation, soit dans le service même de notre maître M. Comby, qui en outre, a bien voulu nous permettre de puiser abondamment dans sa riche collection de faits cliniques. Nous avons réuni ainsi 76 observations et nous avons pensé qu'il serait intéressant de les publier dans ce travail. Nous nous contenterons de faire l'étude de la dyspepsie chez les enfants du second âge. Nous prendrons le dyspeptique aussitôt après le sevrage et nous le suivrons pendant l'adolescence ; poursuivant nos investigations, nous étudierons la marche de sa dyspepsie à l'âge adulte.

Après avoir étudié, dans un chapitre spécial, l'étiolo-

(1) Blache : Revue des maladies de l'enfance, 1886.

(2) Lesage : Revue de Médecine, 1887 et 1888.

(3) Machon : Revue de la Suisse Romande, 1887.

(4) Marfan : Mercredi médical, août 1894.

Id. : Revue des maladies de l'enfance, février 1895.

(5) Magnaud : Thèse de Paris, 1897 : Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la 2^e enfance.

(6) Comby et Marfan : Traité des maladies de l'enfance, t. II.

logie et la pathogénie de cette affection, nous exposerons les différentes formes cliniques sous lesquelles elle se présente. Puis nous passerons en revue les diverses complications de la dyspepsie et nous en examinerons le pronostic et l'évolution aux différents âges. Enfin, nous exposerons en détail le traitement et les heureux résultats qu'on en obtient.

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre maître, M. le Dr Comby. Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de lui exprimer nos hommages de respectueuse reconnaissance. Par ses leçons de chaque jour au lit du malade, il a su nous rendre facile et même agréable l'étude de la clinique infantile. Grâce à ses conseils, grâce à son enseignement, nous avons surmonté les obstacles auxquels nous nous serions heurté si nous n'avions suivi une méthode inflexible, une ligne de conduite invariable dans l'examen parfois si difficile des petits malades. Nous nous inspirerons, dans notre carrière médicale, des nombreuses règles thérapeutiques qu'il nous a tracées; ce sera la meilleure preuve de lui témoigner notre reconnaissance.

Pendant une année d'externat passée dans le service de notre maître, M. le Dr Broca, chirurgien de l'hôpital Trousseau, nous avons appris l'art si difficile et si délicat de la chirurgie infantile; nous saisissons cette occasion pour lui exprimer toute notre gratitude.

M. le Dr Hirtz, médecin de l'hôpital Laënnec, dont nous avons été l'externe pendant un an, nous a initié aux difficultés de la clinique médicale; mettant ses conseils en pratique et suivant son exemple, nous nous souviendrons, pendant notre carrière, qu'un clinicien doit toujours être doublé d'un thérapeute. C'est un vrai plaisir pour nous de lui témoigner ici tous nos sentiments de reconnaissance.

Nous avons à cœur, en terminant nos études, de témoigner notre gratitude à nos premiers maîtres de la Faculté

libre de Médecine de Lille. Parmi eux, que M. le Dr Augier, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, veuille bien agréer tout spécialement nos remerciements pour l'intérêt avec lequel il a guidé nos premiers pas dans l'étude de la clinique infantile.

Durant le semestre d'été de 1898, nous avons suivi avec empressement la consultation et les précieuses leçons cliniques de M. le Docteur du Castel, médecin de l'hôpital Saint-Louis. L'intérêt et la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner ont droit à toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions sans ingratitude passer sous silence, les maîtres si dévoués et si charmants qui nous ont ménagé dans leurs cliniques un accueil très bienveillant, nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner une fois de plus notre profonde gratitude. M. le Docteur Dehenne, notre compatriote, n'a cessé de s'intéresser à nous dans le cours de nos études; grâce à lui, nous avons fait de rapides progrès en ophtalmologie.

M. le Docteur Boulay nous a permis de faire dans sa clinique, l'étude des affections du larynx, du nez et de l'oreille; son attention si patiente à notre égard nous a aplani bien des difficultés.

Nous n'oublierons pas l'amabilité de trois de nos amis, qui ont bien voulu se soumettre à notre examen; on trouvera leurs observations dans le cours de ce travail.

Nous avons eu l'honneur de prendre part en novembre et en décembre 1898, aux travaux pratiques si intéressants et si instructifs de l'Institut Pasteur. Grâce aux leçons magistrales de MM. Roux, Metchnikoff et des savants disciples de Pasteur, nous avons pu pénétrer les secrets de la bactériologie; que ces maîtres si distingués daignent recevoir tous nos remerciements.

M. le Professeur Debove nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il daigne agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Fréquence de la dyspepsie

En faisant l'étude de la dyspepsie des enfants, il est curieux de remarquer que presque tous les auteurs sont unanimes à déclarer cette affection relativement rare.

Sigaud (1), en 1894, avançait même que la dyspepsie n'existait pas chez l'enfant ; « le trouble digestif, quand il existait, se traduisait, disait-il, par une série de phénomènes, ayant pour siège principal et souvent exclusif l'intestin et évoluant suivant un processus aigu qui semble s'éteindre rapidement et définitivement ».

C'est que, en effet, cette affection est essentiellement protéiforme, et, pour la reconnaître, il faut bien savoir la dépister. Si elle est restée si longtemps méconnue, c'est que les enfants ne se plaignent jamais ou presque jamais de maux d'estomac ; ils attirent l'attention sur d'autres symptômes que nous étudierons plus loin. Aussi, ne craignons-nous pas d'avancer que la dyspepsie est une affection très fréquente chez les enfants du second âge.

Dyspepsie et rachitisme

Il est une catégorie d'enfants, certes très nombreuse, qui sont tous dyspeptiques, nous voulons parler des

(1) Sigaud. Traité des troubles fonctionnels et mécaniques de l'appareil digestif, 1894.

rachitiques; qui dit rachitique, dit, par le fait même, dyspeptique; bien entendu, il ne saurait être question ici du rachitisme tardif. Nous verrons du reste plus loin que le rachitisme, pour se produire, nécessite une élaboration vicieuse des aliments dans le tube digestif.

Déjà, en 1884, M. Comby avait très bien observé ce rapport constant entre la dyspepsie et le rachitisme, car il avait trouvé la dilatation de l'estomac chez tous les rachitiques.

Sur nos 76 observations, nous avons noté des stigmates de rachitisme dans 58 cas. Ces stigmates, très faciles à déceler chez des enfants encore jeunes, de 2 à 5 ans, doivent être recherchés avec soin au-delà de cet âge. Chez eux, ce qui frappe le plus, c'est l'aspect caractéristique de l'abdomen; ce ventre plat, étalé, véritable ventre de batracien, avec un écartement plus ou moins prononcé de la ligne blanche est spécial au rachitisme. En effet, la paroi abdominale s'est laissée distendre par l'augmentation de longueur de la masse intestinale; aussi a-t-elle perdu beaucoup de sa force et de souplesse normales. Telle est l'origine de ces hernies inguinales et même ombilicales si fréquentes chez les rachitiques.

Le thorax fournit également des données très précieuses; le plus souvent, nous avons trouvé un enfoncement latéral amenant ainsi une diminution notable de la capacité pulmonaire. Souvent aussi, le thorax est élargi à sa base et mérite alors la dénomination qu'on lui a donnée à juste titre de thorax en entonnoir. Le sternum est bien rarement épargné par le processus osseux; dans certains cas, il est enfoncé entre les cartilages costaux, dans d'autres, il proémine en formant un angle saillant et donne alors à la poitrine la forme de poitrine de poulet.

Du côté des membres, c'est une inflexion plus ou moins prononcée des os et en particulier du tibia, avec exagération des courbures normales; les épiphyses sont saillantes et volumineuses.

La tête est, en général, très grosse et très développée.

7 fois nous avons trouvé le prolapsus rectal dans l'histoire des enfants dyspeptiques, et chaque fois cet accident de la première enfance avait coïncidé avec les malformations du rachitisme. Fishl (1), en 1890, avait déjà remarqué le rapport entre la mauvaise alimentation et le prolapsus rectal chez l'enfant. Pour lui, l'irritation de la muqueuse produite par l'alimentation défectueuse provoque des réflexes qui font contracter la musculaire; par suite, la muqueuse se décolle de plus en plus et la pression abdominale la chasse dehors. Soulier, sur 27 cas de prolapsus rectal, a trouvé 17 fois le rachitisme; il insiste sur la fréquence extrême des troubles gastro-intestinaux au cours desquels se produit le prolapsus.

Tels sont, en quelques mots, les signes principaux capables de faire reconnaître le rachitisme chez les jeunes enfants.

Plus tard, entre 6 et 15 ans, les déformations du rachitisme disparaissent petit à petit; seul un examen attentif permettra de les découvrir. Chose curieuse, l'abdomen fournira peu de renseignements, c'est vers le thorax qu'il faudra diriger ses investigations. Là encore, nous trouverons cet enfoncement latéral signalé plus haut et qui persiste très longtemps; à elle seule, du reste, cette déformation nous a souvent permis de reconnaître le rachitisme chez des enfants âgés.

Les autres déviations osseuses, si elles étaient très accusées dans le jeune âge, n'auront pas totalement disparu; ainsi n'est-il pas rare d'observer chez des adolescents la poitrine en forme de carène de bateau, le genu valgum rachitique ou une déviation des tibias.

(1) Fishl.-Rudolf : Zeisschrift für Heihunde, 1890.

(2) Soulier. Prolapsus rectal chez l'enfant. Thèse de Paris, 1898.

Causes prédisposantes

1° *La Syphilis.* — Nous avons vu que Moncorvo, en 1883, avait noté dans ses observations la coïncidence presque constante de la syphilis héréditaire avec la dilatation de l'estomac. « La syphilis héréditaire, dit-il, par son action dystrophique dès la vie embryonnaire, avilit tous les appareils organiques, notamment l'appareil digestif, sans doute le premier mis en contribution plus active après l'appareil respiratoire. Or dans de telles conditions de faiblesse, prématurément aggravée, ainsi que par cette dystrophie générale et un mauvais régime alimentaire, l'épuisement devra être la conséquence naturelle, et avec cet épuisement on aura, au bout d'un certain temps, le relâchement et la dilatation du tube gastro-intestinal. »

Zuccarelli (1) fait aussi jouer un rôle considérable à la syphilis héréditaire en dehors de l'alimentation vicieuse.

M. Comby, en 1884, avait déjà battu en brèche la théorie de Moncorvo et avait fait observer que la syphilis ne peut, par elle-même, jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de la dyspepsie.

Plus tard, Blache dit n'avoir jamais rencontré de dilatation de l'estomac chez les syphilitiques héréditaires.

Machon, dans son étude de la dilatation de l'estomac, chez les enfants, reprend la question en détail. Pour cet auteur, toutes les causes prédisposantes pouvant amener soit un catarrhe gastrique, soit un affaiblissement de la musculaire de l'estomac, sont capables de produire à la longue une dilatation. Telles sont les dilatations survenant après les maladies fébriles aiguës et en première

(1) Zuccarelli. Estomac de l'enfant. Dilatation stomacale; Thèse de Paris, 1894.

ligne la fièvre typhoïde, ou après les maladies constitutionnelles chroniques telles que la chlorose, la tuberculose, la syphilis, le rachitisme, etc., enfin les dilatations consécutives à un état cachectique avancé.

D'après le résultat de nos observations personnelles, nous pensons que la syphilis héréditaire, pas plus que la malaria incriminée par Moncorvo et Zuccarelli, n'ont jamais pu produire à elles seules la dyspepsie atonique de la deuxième enfance. Ces affections essentiellement débilitantes'attaquent toujours aux points faibles de l'organisme. Aussi le syphilitique héréditaire est-il plus que tout autre prédisposé à la dyspepsie. car la moindre faute dans l'alimentation créera un lieu de moindre résistance et l'estomac se laissera très facilement dilater.

2° *Diathèse Neuro-Arthritique.* — Nous avons été frappé, dans le cours de nos observations, de remarquer combien étaient fréquents les antécédents neuro-arthritiques de nos petits malades. 22 fois nous avons trouvé chez le père ou la mère et par ordre de fréquence la migraine, le rhumatisme, l'hystérie, l'asthme ou l'épilepsie, et les enfants issus de tels parents étaient pour la plupart entachés d'une tare nerveuse. Serait-il donc illogique de considérer les enfants, dont les parents font partie de la grande classe pathologique des neuro-arthritiques, de considérer, disons-nous, ces enfants comme prédisposés à la dyspepsie atonique? Nous nous contentons de poser la question sans la résoudre, Il n'est que trop fréquent d'ailleurs d'observer le même fait chez l'adulte; nous avons trouvé cette coïncidence dans près de un tiers des cas, aussi avons nous tenu à la signaler.

3° *Tuberculose héréditaire.* — On a beaucoup discuté dans ces derniers temps sur l'hérédité de la tuberculose; presque tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre que l'enfant né de parents tuberculeux est seulement prédisposé à cette affection. Il est débilité,

faible et plus apte a contracter les maladies, aussi avons-nous observé l'hérédité tuberculeuse dans 12 cas.

4^e *Maladies infectieuses aiguës ou chroniques.* — Avec Machon, nous pensons que toutes les infections aiguës ou chroniques, essentiellement débilitantes, prédisposent l'enfant à la dyspepsie chronique comme à biens d'autres affections.

5^e *Collèges, Lycées, Pensions.* — Avant de terminer ce chapitre, il importe de citer l'influence néfaste de la vie de collège sur l'estomac des jeunes élèves. La rapidité des repas, le manque de récréations, le surmenage intellectuel, la longue durée des études, la forme défectueuse des tables de travail, etc., etc., sont autant de causes capables de favoriser l'éclosion de la dyspepsie et d'aggraver une dyspepsie préexistante.

Causes déterminantes

Il est un point essentiel sur lequel tous les auteurs sont d'accord au sujet de l'étiologie de la dyspepsie infantile, c'est le rôle prépondérant de l'alimentation défectueuse dans le premier âge. Tous les médecins sont unanimes à proclamer les effets néfastes du biberon et de l'alimentation mixte et à conseiller aux familles l'allaitement maternel.

Un tableau dressé d'après nos 76 observations montre mieux que toutes les explications, l'influence de l'alimentation défectueuse et des fautes commises pendant ou après l'allaitement maternel, sur l'étiologie de la dyspepsie atonique de la seconde enfance :

Biberon ou verre	31 observations.
Alimentation mixte	14 —
Allaitement maternel mal réglé.	14 —
Sévrage trop tôt	5 —

Alimentation trop substantielle	
après le Sevrage	3 observations.
Aucune faute alimentaire . . .	1 —
Alimentation pas recherchée . .	8 —

En 1884, M. Comby mettait en relief les rapports étroits de la dyspepsie infantile avec l'alimentation défectueuse : « Qu'un enfant, disait-il, soit élevé exclusivement au sein, qu'il reçoive, suivant certaines règles, le lait d'une bonne nourrice, il se développera sans présenter aucun des accidents que nous observons si fréquemment chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel ou mixte. — Chez les premiers, pas de gastro-entérite. Pas de dilatation d'estomac. Pas de rachitisme ; chez les autres, l'athrepsie, la dilatation d'estomac, le rachitisme sont la règle ; la santé parfaite est l'exception ».

1°. — *Allaitement artificiel.*

L'allaitement artificiel, en particulier le biberon, joue le plus grand rôle dans l'étiologie de la dyspepsie. Le lait de vache, dont l'emploi est si répandu, et tel qu'il est employé, est loin de présenter, surtout dans les grandes villes, toutes les qualités nutritives désirables. Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude approfondie des différentes falsifications du lait, il nous suffit de savoir qu'elles sont très variées. A ce lait déjà privé d'une grande partie de ses principes nutritifs, et en particulier de sa crème, très riche en eau, les mères de famille s'empressent encore d'ajouter de l'eau sucrée, de l'eau panée ou de l'eau de gruau. Or ces diverses compositions ne sont en général préparées qu'une seule fois par jour ; le matin on en fait une provision pour 24 heures, aussi comprend-on que, l'été elles soient après 12 ou 15 heures, un milieu de culture très favorable pour les microbes. Telle est, du reste, une des causes les plus fréquentes de la fermentation dans les biberons.

Ajoutons à cela les formes si défectueuses qu'on s'est plu à donner à ces biberons, et nous aurons la clef de toutes les modifications qu'y subit le lait. Nous incrimons surtout les biberons à long tube entrés dans la pratique journalière et qui sont encore aujourd'hui, considérés par le public comme le meilleur modèle. Et pourtant, est-il rien de plus imparfait ! Avec quelles difficultés ne se trouve pas aux prises la mère de famille soigneuse de tous les détails du nettoyage. L'entretien du biberon nécessite des soins de tous les instants et la moindre négligence entraîne des conséquences très graves pour la vie de l'enfant. On comprend ainsi dans quel piteux état peut se trouver le biberon d'un enfant confié à une nourrice mercenaire. Est-il, en effet, rien de plus fréquent que ces biberons à long tube exhalant une odeur acide et repoussante ?

On doit encore accuser de négligence les parents qui, de peur d'entendre les cris de leur enfant, lui laissent constamment le biberon, ou le lui donnent à tout instant.

L'estomac de cet enfant est en quelque sorte noyé de lait ; il est soumis à un fonctionnement perpétuel, d'où fatigue de l'organe et plus tard dilatation.

Avant de terminer ce chapitre de l'allaitement artificiel, nous ne saurions passer sous silence certains laits préparés dans le commerce et qui ont la prétention de se rapprocher plus ou moins de la composition du lait de femme. Ces différentes sortes de lait, soit le lait humanisé, soit le lait maternisé, soit le lait centrifugé du Dr Gaertner, ne peuvent rivaliser avec le lait maternel ; aussi, pensons nous, doivent-ils être abandonnés chaque fois que la mère peut nourrir son enfant.

Pathogénie de la dilatation stomacale

Le lait de vache contient à peu de chose près la même quantité de sucre et de beurre que le lait de femme, mais

il en diffère sensiblement par la proportion de caséine qui est doublée. Ce lait de vache, par suite de cet excès de caséine, est lourd et indigeste pour le plus grand nombre des enfants en bas âge. Il est donc digéré beaucoup plus difficilement que le lait de femme. Un enfant nourri artificiellement devra, pour assimiler la même quantité de produits, recevoir plus de lait qu'un enfant élevé au sein. Aussi, voit-on de bonne heure ces petits êtres devenir très voraces, réclamant par leurs cris le biberon à tout instant. La conséquence logique de cette surcharge gastrique, chez un enfant dont la capacité stomacale est des plus restreinte, est la dilatation lente de l'estomac. M. Comby, en 1884, annonçait qu'il avait trouvé la dilatation stomacale chez tous les rachitiques examinés. Ce fait a été contesté par nombre d'auteurs et Malibran (1) en 1885 dit n'avoir jamais rencontré la dilatation de l'estomac dans les autopsies qu'il a pratiquées aux Enfants-Assistés. Après lui, M. Lesage sur une série de 96 autopsies d'enfants dyspeptiques de 1 à 12 mois, ne trouve que 3 fois l'estomac dilaté. En 1897, M. Rousseau (2), dans sa thèse inspirée par M. Comby, reprend la question. Sur 87 nourrissons de 0 à 12 mois, presque tous allaités artificiellement et soignés à la crèche des Enfants Malades, il constate la dilatation de l'estomac 65 fois. La plupart des autres enfants qui ont l'estomac normal, ont été nourris au sein ou sont des athrepsiques. Nous-mêmes avons toujours constaté la dilatation de l'estomac chez les enfants du premier âge, nourris artificiellement.

Pathogénie des troubles fonctionnels de la dyspepsie

L'estomac de l'enfant est donc dilaté et forcé, aussi

(1) Malibran : Thèse de Paris 1885.

(2) Rousseau. Dilatation de l'estomac chez les nourrissons. Thèse de Paris, 1897.

digère-t-il mal et devient-il le siège de fermentations anormales nuisibles à l'économie toute entière.

En dehors de la fermentation subie par le lait dans le biberon mal tenu, l'acide lactique se forme en excès dans l'estomac; des produits anormaux impropres ou contraires à l'assimilation des aliments sont absorbés, c'est l'auto-intoxication lente et continue décrite par M. Bouchard dans la dilatation stomacale des adultes. Aussi voit-on apparaître dès les premiers mois de la naissance les signes de l'infection gastro-intestinale : les vomissements, la diarrhée ou la constipation. On retrouvera donc fréquemment la gastro-entérite dans les antécédents des enfants dyspeptiques; nous l'avons relevée dans 36 cas.

Il est curieux, à ce propos, d'examiner les relations existant entre le rachitisme et les troubles de l'appareil digestif par rapport à leur apparition. « Est-ce le rachitisme, dit M. Comby, qui a précédé la dilatation de l'estomac ou est-ce la dilatation qui a précédé le rachitisme ? Les troubles digestifs, répond-il, précèdent toujours le rachitisme, qui n'apparaît que comme la conséquence d'une élaboration vicieuse des aliments. » Nous sommes d'ailleurs porté tout naturellement à faire jouer à la surproduction de l'acide lactique dans l'estomac des dyspeptiques un grand rôle dans l'apparition du rachitisme. N'a-t-on pas vu, en effet, des animaux nourris exclusivement avec des aliments et de l'acide lactique présenter les déformations du rachitisme ? Heitzman cite le cas d'une femme employée à nourrir des animaux avec l'acide lactique; elle en respira les vapeurs journalièrement pendant plusieurs mois, elle accoucha à terme d'un enfant présentant les signes du rachitisme congénital. Les os du crâne manquaient totalement, les os des membres étaient pauvres en sels de chaux et fracturés en divers points.

2° *Allaitement mixte.* — Tout ce que nous avons dit

de l'alimentation artificielle peut s'appliquer à l'allaitement mixte. Nous avons vu, d'après notre tableau, que l'allaitement mixte avait été cause 14 fois de dyspepsie sur 76 observations. Ici, comme précédemment, le biberon est la cause unique du mal. En effet, combien de fois n'arrive-t-il pas, surtout dans les grandes villes, qu'une mère, et en particulier la fille-mère, soit forcée de travailler et d'aller à l'atelier pour subvenir à ses besoins. Dans ces conditions, elle donne le sein à son enfant la nuit, et, pendant la journée, l'enfant est confié à une garde et nourri au biberon ou au verre. L'allaitement artificiel forme donc la base de l'alimentation de ce nourrisson, car on conçoit très bien que le lait de cette mère surmenée ne réalise pas les conditions d'un aliment convenable.

Nous n'insisterons pas davantage sur un cas analogue assez fréquent ; une mère, dans le but de ne pas se fatiguer donne le sein à son enfant pendant la journée, et la nuit le biberon remplace l'allaitement maternel.

Mais voici un enfant que la mère ne veut pas ou ne peut pas nourrir elle-même ; elle le confie à une nourrice mercenaire de la campagne, pour être élevé au sein. Le plus souvent, cet enfant est délaissé : la nourrice donne en premier lieu le sein à son propre enfant ; quant à l'étranger, on lui donne le biberon et souvent même des aliments grossiers et indigestes dès les premiers mois de sa naissance. Aussi, nombre de ces petits êtres deviennent athrèpsiques et meurent dès la première année, sans avoir réalisé le type de la dyspepsie.

Nous sommes ainsi amené à envisager le cas si intéressant des jumeaux, car la question de toute bonne mère de famille, en mettant au monde deux jumeaux est celle-ci : « Aurai-je assez de lait pour les nourrir ? » Nous pensons avec M. Comby que cette mère n'a jamais assez de lait pour nourrir ses deux enfants et qu'elle sera toujours obligée d'avoir recours à l'allaitement mixte.

Nous avons eu la bonne fortune observer deux familles où les jumeaux, nés de mères en excellente santé sont devenus dyspeptiques. (Voir les observations XVI et XVIII). Dans l'observation XVIII, il est noté, en outre, qu'une autre enfant de 4 mois, venue à terme et nourrie au sein maternel, est très bien portante.

Après ce que nous venons de dire, il est facile de résoudre la question qui se pose parfois dans le choix d'une nourrice : peut-on prendre une nourrice qui a eu un abcès au sein ? La réponse doit donc toujours être négative, car un enfant ne saurait se contenter du lait d'un seul sein, a moins d'avoir recours au biberon.

3. — *Sevrage prématuré ou Brusque.*

« Le sevrage, dit M. Comby, est partout considéré comme une époque critique, comme une source de dangers pour l'enfant qui en est l'objet ». — C'est, en effet, une épreuve bien redoutable pour l'enfant qui, habitué dès sa naissance à un aliment parfait et facile à digérer, devra digérer des substances le plus souvent indigestes. Si le sevrage est trop précoce ou s'il est pratiqué trop brusquement, l'estomac de l'enfant ne s'habituerait que difficilement à la nouvelle alimentation, et il souffrira de ce fait. Ainsi, il n'est pas rare de voir des mères de famille sevrer vers 8 ou 10 mois leur enfant, alors qu'il devrait être nourri au sein jusque 15, 18 et même 20 mois. N'a-t-on pas remarqué, en effet, que, dans les contrées de l'Asie où les enfants étaient élevés au sein jusqu'à 2 ou 3 ans, le rachitisme était exceptionnel, pour ne pas dire inconnu.

Parfois il arrive aussi qu'un enfant nourri au sein est sevré brusquement ; d'un jour à l'autre on supprime la nourrice et on met l'enfant au nouveau régime.

Dans ces deux cas, on expose l'enfant à des troubles gastro-intestinaux, parfois assez graves pour engendrer la dyspepsie chronique.

4. — *Allaitement maternel mal réglé.*

Nous avons vu plus haut, que l'allaitement maternel mal réglé était une cause fréquente de dyspepsie infantile ; nous l'avons noté, en effet, 14 fois dans nos observations. Si l'enfant n'est pas réglé dans ses tétées, s'il tète 12 à 13 fois en 24 heures chaque fois qu'il pleure, par exemple, il est impossible que l'estomac de cet enfant fonctionne normalement. Constamment rempli de lait, cet organe en arrive à se fatiguer et bientôt il se dilate sous l'effort constant qu'il doit produire.

Elles obtiennent le même résultat, les mères qui ne savent pas restreindre la durée des tétées et laissent leur enfant 1/2 heure et parfois même 3/4 d'heure pendu à leur sein. Ici comme précédemment, l'enfant absorbe une quantité de lait de beaucoup supérieure à la capacité de l'estomac qui finit par se dilater.

La plupart des auteurs sont unanimes aujourd'hui à conseiller l'allaitement maternel longtemps prolongé ; ils permettent aussi vers le sixième ou le huitième mois quelques bouillies ou panades très légères. On comprend difficilement pourquoi un grand nombre de mères de famille, aussi bien en ville qu'à la campagne, s'empressent de bourrer d'aliments grossiers leurs enfants dès les premiers mois de la naissance. On donne à ces enfants, en général d'après le conseil d'une voisine, des soupes, des bouillies, des panades etc... ; Parfois même, cas très fréquent à Paris, on leur fait boire du café, du vin pur et même de l'alcool. Nous avons eu l'occasion, dans le courant de notre année d'externat chez M. Comby, d'observer deux cas d'alcoolisme aigu chez des enfants de moins de 2 ans ; ces petits êtres avaient pris, avant leur entrée à l'hôpital des quantités relativement fortes de rhum ou de cognac. Certaines mères s'ingénient, on le voit, à provoquer, comme à plaisir, la dilatation de l'estomac de leurs enfants et à les mettre dans les conditions les plus favorables à l'éclosion de la gastro-entérite.

5° *Alimentation trop abondante après le sevrage.*

Nous n'aurons que quelques mots à dire de cette cause rare de dyspepsie. On voit, en effet, des enfants élevés au sein par une mère soigneuse, dont les tétées étaient régulières et qui, sevrés vers 15 mois, présentent néanmoins tous les signes de la dyspepsie. En interrogeant avec soin la famille; on apprendra le plus souvent dans ces cas qu'après le sevrage, l'enfant mangeait de tout comme ses parents, aussi bien les viandes saignantes que les légumes et les fruits, qu'il buvait de l'eau rougie et parfois même du vin pur. Chez ces enfants, les fonctions digestives ont été normales pendant la première enfance; ils n'ont eu ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation; ces symptômes inquiétants ont fait leur apparition après le sevrage époque à laquelle l'estomac de l'enfant a commencé à se dilater par suite de la surcharge qui lui était alors imposée.

M. Comby, dès 1884, avait remarqué dans le cours de ses observations, que quelques enfants porteurs d'une dilatation d'estomac à la suite d'allaitement maternel mal réglé ne présentaient pas de signes de rachitisme. Nous avons nous-même été amené à faire cette constatation; nous ajouterons aussi que nous n'avons pu décèler de traces de rachitisme dans les cas de dyspepsie survenue tardivement, c'est-à-dire après le sevrage.

En Résumé, la dyspepsie infantile reconnaît toujours pour cause essentielle une alimentation défectueuse; mais certaines affections aiguës ou chroniques, et en particulier la syphilis héréditaire, mettent l'enfant dans un état d'infériorité vis-à-vis de la dyspepsie. Cette affection fait suite en général à la gastro-entérite des nourrissons élevés au biberon, et débute dès les premiers mois de la naissance; son apparition tardive est due à des fautes alimentaires après le sevrage. Enfin la dyspepsie infantile s'accompagne le plus souvent de rachitisme et alors elle le précède toujours. On ne trouvera pas de

signes de rachitisme dans quelques cas d'allaitement maternel mal réglé et d'alimentation défectueuse après le sevrage.

FORMES CLINIQUES

DE LA DYSPEPSIE INFANTILE

Nous commencerons l'étude de ce chapitre si important par la forme la plus commune, la dyspepsie à prédominance de signes gastro-intestinaux. Nous ferons une analyse aussi complète que possible des troubles digestifs, après quoi nous énumérerons rapidement les divers autres accidents qui peuvent accompagner la dyspepsie. Tous les symptômes que nous passerons en revue, étant bien rarement réunis chez le même sujet, tel enfant n'ayant que des manifestations nerveuses, tel autre des accidents cutanés, etc., nous serons ainsi amené à décrire d'autres formes.

Ainsi après avoir fait ressortir la fréquence d'une forme latente passant bien souvent inaperçue, nous ferons une étude spéciale de la forme nerveuse qui offre un intérêt tout particulier par l'abondance des symptômes nerveux.

Ensuite nous aborderons les diverses manifestations cutanées de la dyspepsie, pour terminer enfin par les formes pulmonaire et anémique plus rares que les précédentes,

Dans chacune de ces formes, nous mettrons en relief les signes principaux qui permettent de la diagnostiquer et de la différencier des autres.

FORME COMMUNE DE LA DYSPEPSIE INFANTILE

A PRÉDOMINANCE DE SIGNES GASTRO-INTESTINAUX

Accidents aigus de la dyspepsie

1^o Indigestion. — Il est souvent bien difficile dans l'interrogatoire des enfants dyspeptiques, de retrouver des indigestions ; dans notre statistique nous n'avons pu en relever que 4 cas. Néanmoins nous sommes persuadé d'être bien au-dessous de la vérité, car quoi de plus fréquent qu'une indigestion chez un enfant ! Les mères de famille, en effet, loin de considérer le vomissement comme un acte morbide, ne voient là qu'une action presque physiologique qui ne les effraie pas. Aussi demande-t-on à une maman si son enfant vomit, la réponse invariable est la suivante : « Mais comme tous les enfants ». Il semble accrédité dans le public qu'un enfant qui vomit de temps en temps n'en est pas moins très bien portant. Nous n'avons pas la prétention d'avancer le contraire, mais le plus souvent, en cherchant bien on trouverait la dyspepsie.

Il est à remarquer, en effet, que les enfants présentent surtout ces vomissements au lendemain d'une fête où ils se sont gorgés de bonbons, de pâtisseries, de crudités de fruits ou d'aliments indigestes. Il suffit de traverser une salle d'un hôpital d'Enfants, le lendemain d'un jour de visite, pour voir fréquemment des élévations de température que rien ne peut expliquer. Dans certains cas, on a pu croire ainsi à un début de maladie infectieuse, tant avait été brusque l'élévation de température mais 24 ou 48 heures après, la température redevient normale et tous les doutes sont levés.

L'enfant, en même temps qu'il est fiévreux, a des douleurs stomacales plus ou moins vives accompagnées de sueurs froides et de nausées. Puis surviennent des vomissements alimentaires en général assez pénibles qui terminent la scène. Une diarrhée assez abondante accompagne le plus souvent les vomissements, elle persiste en général quelques jours.

L'indigestion a une durée éphémère ; après les vomissements, l'enfant est légèrement courbaturé et revient en quelques heures à l'état normal.

Tout ce que nous venons de dire de l'indigestion cadre à merveille avec une intoxication aiguë ; l'examen des matières vomies et des garde-robes lèvera à ce point de vue tous les doutes. On y retrouve, en effet, comme dans les empoisonnements, des débris alimentaires qui n'ont pas été attaqués par les sucs digestifs.

En examinant de bien près les petits malades, on se rendra compte bien vite que les enfants nourris au sein dans de bonnes conditions, doués par conséquent d'un bon estomac présentent bien rarement tous ces signes de gastro-entérite aiguë. Les dyspeptiques, au contraire, élevés au biberon, anciens rachitiques, y sont très sujets ; le moindre écart de régime suffit chez eux à provoquer une indigestion.

2^o *Embarras gastrique*. — L'embarras gastrique, cet autre accident aigu de la dyspepsie infantile, est aussi fréquent que l'indigestion.

En général, il résulte du surmenage de l'estomac ; l'enfant, soit par des excès alimentaires, soit par l'abus des boissons a surchargé son estomac déjà fatigué et fonctionnant mal.

Le début est le plus souvent assez difficile à préciser ; les parents ont remarqué que leur enfant, depuis quelques jours, a perdu sa gaieté d'autrefois, en un mot il est mal en train. Puis brusquement, l'enfant a une fièvre parfois assez vive, accompagnée de vomissements ali-

mentaires ou bilieux. La langue est saburrale, la bouche pâteuse et une soif intense torture le petit malade. L'enfant a de l'andrexie et même du dégoût pour les aliments il se plaint de légères douleurs abdominales et la constipation est la règle. L'état général reste bon dans la majorité des cas; la fièvre est légère; si la température peut marquer au début 40° et même davantage, elle tombe bientôt pour revenir à la normale.

Cet état s'accompagne toujours de troubles nerveux plus ou moins accentués et caractérisés par des maux de tête, de l'agitation et de l'insomnie. Parfois, comme dans l'observation I, l'enfant est abattu avec tendance au sommeil.

Ces accidents sont très passagers, après une durée de 3 à 6 jours en général, tout rentre dans l'ordre. Bien souvent même ils passent tout à fait inaperçus aux yeux des parents; l'enfant est mal à l'aise, il a deux ou trois vomissements, puis il reprend sa gaieté habituelle. L'embarras gastrique est donc d'un pronostic tout à fait bénin et guérit toujours, bien que parfois l'état général puisse être assez grave pour faire croire à une fièvre typhoïde légère.

Le tableau clinique de l'embarras gastrique que nous avons esquissé ci-dessus, reproduit exactement celui d'une infection légère. Nous pensons, en effet, qu'il est dû à une auto-intoxication. Sous l'influence d'aliments indigestes ou trop abondants, il se forme des poisons dans le tube gastro-intestinal des enfants dyspeptiques, et ces produits toxiques élaborés portent comme toujours leur action principale sur le système nerveux. Un fait qui nous semble corroborer cette hypothèse, c'est la fréquence très grande de l'ictère catarrhal au cours de l'embarras gastrique.

Nous verrons du reste plus loin, au chapitre des complications, que l'ictère débute en général au cours d'un embarras gastrique.

Nous donnons ci-dessous deux observations d'enfants dyspeptiques ayant présenté un embarras gastrique avec troubles généraux assez marqués.

OBSERVATION I. — Antoinette B..., âgée de 11 ans, a été élevée au biberon par une nourrice mercenaire. Elle a marché à 15 mois. A 5 ans a été soignée pendant 5 mois à l'hôpital Trousseau pour une coxalgie. Cette fillette a toujours été grande buveuse; constipation habituelle. Elle a beaucoup maigri, surtout depuis un mois. Depuis 15 jours, elle a des vomissements alimentaires presque quotidiennement. A son entrée à l'hôpital, elle a une fièvre intense : 40°,6 et se plaint de douleurs dans le côté gauche de l'abdomen et dans la jambe gauche. Elle est abattue avec tendance au sommeil. Les vomissements ont cessé, langue saburrale, soif intense, constipation. Après quelques jours d'un traitement approprié, la fièvre tombe et l'état général s'améliore.

OBSERVATION II. — *Embarras gastrique avec engorgement hépatique*

Eugène B... a été élevé au biberon, il présente encore de ce fait des traces de rachitisme. Depuis 24 heures, vomissements bilieux avec diarrhée, langue saburrale.

L'enfant se plaint de maux de tête assez violents et de douleurs dans le flanc droit. Le foie est notablement augmenté de volume et douloureux à la pression. L'estomac est dilaté, on perçoit du clapotage jusqu'à l'ombilic. L'enfant a un peu de fièvre : 38°,5. Après 10 jours de traitement, le foie a beaucoup diminué de volume et tous les autres symptômes se sont amendés.

Dans cette observation, les changements constatés dans le volume du foie au moment et après l'accès, sont de nature à nous faire croire que cet organe était infecté secondairement au tube gastro-intestinal.

Troubles fonctionnels de l'appareil digestif

L'enfant présente le plus souvent des troubles de l'appétit très caractéristiques. Habitué dès sa première enfance à boire du lait en grande quantité et à toute heure, cet enfant, dans les premières années de son existence, est constamment tourmenté par la faim; il mange, comme nous disent certaines mères de famille, tout ce qui lui tombe sous la main. Il est glouton, vorace, mange très vite et ne prend pas le temps de mâcher les aliments. On conçoit l'étonnement des mamans à la vue de ces petits êtres bourrés d'aliments et ne profitant guère. Cette polyphagie est la source de l'indigestion et de l'embarras gastrique.

Puis, vers l'âge de 7 et 8 ans, l'appétit devient capricieux, l'enfant préfère certains aliments et en rejette d'autres; et, fait remarquable, il aime toujours ce qui ne convient pas à son estomac délabré. Les pâtisseries, les sucreries, les crudités, les aliments épicés, acides le tentent beaucoup; mais il repousse la viande, les bouillies, le lait, les œufs, etc...

Plus tard, l'appétit de l'enfant diminue petit à petit, le plus souvent il mange assez bien au repas du matin, mais aux autres repas, et surtout le soir, il mange contraint par les menaces de ses parents. Il semble que l'estomac, fatigué au moindre travail digestif, ait besoin du repos de toute une nuit pour réparer les fatigues de la veille.

Dans nos observations nous avons relevé 60 fois des troubles de l'appétit; dans 8 cas nous avons trouvé l'appétit normal :

Polyphagie	29 observations.
Appétit capricieux	18 —
Perte d'appétit	13 —
Appétit normal	8 —

La Polyphagie, nous venons de le voir, diminue en

général vers 7 et 8 ans pour céder la place à la perte presque complète de l'appétit.

Un symptôme beaucoup plus accusé et surtout plus tenace accompagne toujours la polyphagie, nous voulons parler de la polydipsie. Nous avons trouvé ce signe très accusé dans 56 observations. L'abus de s liquides a commencé dès la première enfance, aussi est-on frappé de voir dans tous ces enfants dyspeptiques de grands buveurs. Non contents d'une quantité excessive de liquide prise au moment des repas, ils boivent encore dans l'intervalle et souvent à l'insu de leurs parents. Bien heureux, si des parents maladroits ne leur donnent pas de la bière comment dans l'observation IV ou en guise de fortifiants du vin pur ou des vins médicamenteux.

Cette exagération de la soif nous paraît être un des meilleurs signes fonctionnels de la dyspepsie infantile.

Le mauvais fonctionnement de l'estomac ne s'accuse pas en général par des signes bien marquants. En dehors de l'indigestion et de l'embarras gastrique, les vomissements sont rares. On observe plus souvent la formation de gaz qui s'échappent par en bas et par en haut. Ils donnent lieu à des éructations et à des renvois parfois si fréquents qu'ils inquiètent l'entourage comme dans l'observation LXIII.

Si nous interrogeons un adulte dyspeptique, il attire longuement notre attention sur les violentes douleurs épigastriques qu'il ressent, soit douleurs continues avant ou après les repas, soit douleurs survenant par crises plus ou moins intenses et caractérisant les crampes d'estomac.

Chez l'enfant, rien de semblable; l'attention des parents est le plus souvent attirée par des symptômes qui, en apparence, semblent n'avoir aucun rapport avec l'estomac et les signes gastro-intestinaux passent au second plan. Jamais nous n'avons vu chez l'enfant ces crises de gastralgie si douloureuses et pourtant si fréquentes chez

l'adulte. 8 fois seulement nous avons trouvé des douleurs épigastriques manifestes et parfois assez violentes. Il est à remarquer que ces 8 cas se rapportent tous à des enfants âgés de moins de 9 ans. Le tableau suivant est à ce point de vue plus instructif que toutes les descriptions :

Observation	III. —	Enfant de 9 ans.
—	IV. —	— 11 ans 1/2.
—	VI. —	— 12 ans.
—	XXXIV. —	— 12 ans.
—	V. —	— 13 ans 1/2.
—	VII. —	— 13 ans 1/2.
—	XLVII. —	— 13 ans 1/2.
—	VIII. —	jeune homme de 20 ans.

Nous sommes donc fondé à dire que chez les enfants dyspeptiques, les douleurs stomacales n'existent pas ou sont exceptionnels avant 9 ans. Elles font en général leur apparition à cette époque pour devenir ensuite de plus en plus fréquentes et atteindre leur maximum chez l'adulte. Ces douleurs épigastriques n'offrent jamais l'intensité qui les caractérise chez l'adulte; elles sont sourdes, vagues, parfois assez violentes pour inquiéter les mères de familles. Dans l'observation VI, l'enfant se plaignait de sensations de brûlure et de tiraillement à la région épigastriques; les douleurs avaient emprunté dans ce cas le caractère aigu de la gastralgie de l'adulte.

Elles apparaissent en général au moment des repas, soit avant le repas quand l'estomac est vide comme dans l'observation V, soit et plus souvent après le repas comme dans les observations III, IV. Dans ce dernier cas, les douleurs ont une durée éphémère, elles sont liées intimement à la digestion et cessent quand les aliments ont traversé l'estomac. Dans les observations XLVII, VIII, VII, elles apparaissent sous forme de crises assez violentes, en général à la suite d'excès alimentaires et

peuvent durer alors plusieurs heures, de 6 à 12 et même 24 heures.

Les douleurs sont accompagnées d'anorexie, de vomissements, de diarrhée, ou constipation et de céphalée.

Chez l'adulte, elles sont en général, nettement localisées au creux épigastrique; chez l'enfant au contraire, elles sont vagues et occupent toute la région abdominale.

Nous rapportons ci-dessous 6 observations de dyspeptiques avec douleurs gastriques :

OBSERVATION III. — Madeleine M..., âgée de 9 ans, née à terme, a été élevée au biberon à la campagne. A eu sa première dent à 1 an et a commencé à marcher à 2 ans. Diarrhée fréquente dans sa première année. Signes de rachitisme : avait le gros ventre et l'inflexion des jambes. Elle a toujours été polydipsique, buvant énormément. Cette soif est encore aujourd'hui très exagérée, l'enfant boit une certaine quantité de vin pur à chaque repas, elle boit beaucoup d'eau en dehors de ses repas. Elle vomit de temps en temps. Alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis 15 à 20 jours elle éprouve des douleurs épigastriques peu violentes après le repas du matin et durant environ deux heures. Agitation la nuit. Pas de céphalée. Accès d'étouffement de temps en temps. Pâleur excessive de la face et des muqueuses. L'estomac est dilaté, on perçoit du clapotage jusqu'à l'ombilic. Le foie est normal. Traitement ordinaire.

OBSERVATION IV. — Fernand D..., âgé de 11 ans 1/2 dont le père est rhumatisant a été élevé au sein maternel et sevré à 15 mois, mais n'a pas été réglé dans ses tétées : Il a commencé à marcher à 16 mois. Cet enfant a toujours été vorace. Depuis le sevrage, on fait boire à cet enfant une quantité considérable de bière fabriquée par la mère : environ deux litres par jour. Ce petit malade est très nerveux, excitation cérébrale. Diarrhée assez souvent.

Fièvre de digestion. Agitation la nuit. Depuis un an, il se plaint de douleurs abdominales assez violentes, survenant d'une façon irrégulière, soit au moment soit après les repas, elles durent 1/2 heure et parfois 2 à 3 heures. Ces douleurs reviennent à des intervalles très irréguliers, apparaissant surtout après des excès de boisson ou d'alimentation. L'estomac est dilaté, on trouve du clapotage à un centimètre au-dessus de l'ombilic. Le foie est normal. Le jour où cet enfant se présente à la consultation, il présente du tremblement des deux membres supérieurs. Soumis au régime.

Revu 15 jours après, le tremblement a disparu et l'enfant ne souffre plus de son estomac.

OBSERVATION v.— Marguerite B.... âgée de 13 ans 1/2 nous est amenée par sa mère asthmatique et rhumatisante le 3 octobre 1898 pour des douleurs épigastriques assez violentes survenant avant les repas et reparaisant plus fortes 2 heures environ après les repas. Élevée au sein maternel jusqu'à 14 mois, a manger de la soupe, du tapioca, de la panade, de la bouillie de pommes-de-terre à partir de 4 mois. — A un an, mange de la viande et à 14 mois boit et mange comme ses parents. Un peu de diarrhée la première année. Marche à 13 mois. Pneumonie à un an. Eczéma et impetigo dans la première enfance. A toujours eu de la polydipsie et de la polyphagie; l'appétit est exagéré le matin et à midi; ne mange presque pas le soir. Mange très vite, boit beaucoup en dehors des repas. Renvois, éructations. Pesanteur à l'estomac et bouffées de chaleur après les repas. Constipation habituelle. — Cette enfant a toujours été très nerveuse, excitée le jour et la nuit; cauchemars nocturnes. — Céphalée depuis très longtemps ne présentant dans son apparition aucun rapport avec les repas, s'est apaisée un peu depuis un an, c'est-à-dire depuis que les douleurs épigastriques ont fait leur apparition. Né-

vralgie lombaire et intercostale. Pas de stigmates de rachitisme. Rein mobile à droite. Palpitations de temps en temps. Énorme dilatation de l'estomac avec clapotage jusqu'à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. Le foie déborde les fausses côtes de un centimètre. Traitement de la dyspepsie.

OBSERVATION VI. — B..., Florentine âgée de 12 ans, nourrie au biberon, a marché à 2 ans et 1/2. A eu un gros ventre. Polyphagie : mangeant beaucoup de viande et Polydipsie. Rougeole à 5 ans, scarlatine et angine à 9 ans. Fièvre typhoïde. Convulsions à 3 ans. Gourmes qui se répètent depuis 6 ans au commencement de l'hiver, pour disparaître presque complètement avec le printemps. 5 autres frères et sœurs élevés au biberon ont le gros ventre, l'avant-dernier a 4 ans 1/2 et commence à peine à marcher. Depuis 4 ans l'enfant se plaint de maux de tête assez violents (surtout au sommet) et de maux d'estomac. — Constipation presque habituelle. Angines légères fréquentes avec gonflement des amygdales et otites moyennes suppurées, d'où affaiblissement de l'ouïe. Depuis 3 semaines, la céphalée est devenue plus violente. Perte complète d'appétit : Boit peu : 1/2 verre de vin coupé d'eau à chaque repas. Douleurs très vives à l'estomac : Brûlures, tiraillements. Douleurs dans le dos; Point de côté dans le ventre à droite. Dilatation d'estomac. Enfant très nerveuse qui se laisse difficilement approcher quand elle souffre de la tête, caractère triste, chagrin. Traitement ordinaire,

OBSERVATION VII. — Lucie L..., âgée de 13 ans 1/2, a été élevée au verre, elle a marché à 18 mois et a eu sa première dent à 14 mois. Son père est tuberculeux depuis plusieurs années, elle a un frère de 15 ans qui se plaint souvent de céphalée et une sœur de 7 ans qui a des bronchites à répétition. — Aurait toujours été bien

portante jusqu'à l'âge de 9 ans ; mais, à partir de cette époque, elle commence à souffrir de l'estomac, A peu près tous les mois, ou tous les deux mois, elle a des crises gastralgiques très violentes avec vomissements, ces crises durent un jour ou deux. L'appétit est assez bon, sauf pendant les crises Elle a de la diarrhée de temps en temps Elle entre à l'hôpital le 13 avril 1896 parce qu'elle souffre davantage ; ses crises aujourd'hui sont devenues beaucoup plus fréquentes ; elle a des vomissements ; pas d'appétit, diarrhée depuis 15 jours. A l'examen du suc gastrique on trouve une acidité normale.

OBSERVATION VIII. — Edmond D..., un de nos amis, âgé de 20 ans 1/2, a bien voulu se prêter à un examen, qu'il reçoive ici nos plus sincères remerciements. Né au 8^e mois de la grossesse, il a été nourri au sein maternel jusqu'à 9 mois, puis on lui a donné du lait concentré pendant un mois, après quoi le biberon. Rachitisme. Aplatissement latéral du thorax. Rougeole à 2 ans. Gros mangeur et grand buveur pendant la deuxième enfance. Son père a eu des coliques hépatiques, une sœur est migraineuse, un frère rhumatisant.

En 1885, notre ami ressent des douleurs abdominales pendant un mois, en même temps il est constipé. En 1896, nouvel accident aigu qui dure 2 à 3 mois et caractérisé par de la constipation. Perte d'appétit, pyrosis, douleurs épigastriques et ballonnement du ventre qui est douloureux. A cette époque, il consulte un médecin des hôpitaux, qui diminue les boissons et institue un régime sévère. Depuis lors, amélioration très sensible de tous les symptômes gastro-intestinaux.

En mai 1898, embarras gastrique fébrile qui dure 5 jours. Perte d'appétit, nausées, vomissements, constipation, douleurs épigastriques et abdominales. Actuellement, appétit très capricieux, exagéré le matin ; sensation de faim fréquemment 2 à 3 heures après les repas.

Boit peu, mais sensation de soif très souvent. Douleurs épigastriques et abdominales, perte d'appétit au moindre écart de régime; céphalalgie de temps en temps, mais moins fréquente depuis que le régime est institué. Dilatation de l'estomac avec clapotage jusqu'à l'ombilic; foie normal.

Les digestions chez les dyspeptiques sont lentes et pénibles, et cette lenteur s'accuse par une sensation de poids au creux épigastrique après les repas; les malades sont gênés et se plaignent d'un gonflement pénible. Certains ressentent un point de côté dans l'hypochondre gauche, au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac.

D'autres malades ont des bouffées de chaleur après les repas, la face est congestionnée, la tête couverte de sueurs et si on prend la température à ce moment, on est tout surpris de trouver de la fièvre, mais le thermomètre ne dépasse guère 38°,5. C'est la fièvre de digestion de Charrin, nous l'avons relevée dans 20 observations. Ces accès fébriles apparaissent en général 1/2 heure ou une heure après le repas du soir; dans un cas, nous les avons observés après le repas du midi. Ils sont parfois d'une régularité surprenante, revenant tous les soirs pendant une, deux et même trois semaines pour disparaître pendant un temps variable et réapparaître ensuite, c'est le type quotidien vespéral. Ces accès fébriles n'offrent pas, dans la majorité des cas, cette régularité, chaque accès est séparé du suivant par un nombre très variable de jours apyrétiques.

Les troubles intestinaux sont des plus fréquents dans la dyspepsie infantile: dans tous les cas nous les avons recherchés avec soin, ils ont manqué dans quatre observations. La diarrhée est assez fréquente, surtout chez les enfants jeunes, et dans les selles on retrouve les aliments imparfaitement digérés. Assez souvent aussi, le malade rend dans ses selles des glaires, des débris de membranes

avec des stries sauguines ; nous étudierons cette particularité au chapitre des complications.

La constipation est presque la règle, elle est opiniâtre, et oblige les parents à recourir sans cesse aux purgatifs ou aux lavements. Le gros intestin est rempli de scybales dures, sous forme de billes senties très bien par la palpation des fosses iliaques.

De temps à autre, une diarrhée s'établit, elle dure 2 ou 3 jours et la constipation reprend comme autrefois. Ces alternatives de diarrhée et de constipation sont liées à une entérite chronique avec poussées aiguës coïncidant toujours avec des excès alimentaires.

Signes physiques de la dyspepsie infantile

Inspection de l'abdomen. — Dès les premiers mois de la naissance, le ventre de l'enfant dyspeptique offre des particularités très intéressantes à étudier. Les troubles digestifs des nourrissons élevés d'une façon défectueuse ont, en effet, un retentissement très précoce sur l'abdomen et, dès les premiers mois, le ventre de l'enfant a un aspect si caractéristique qu'il suffit à lui seul pour faire porter le diagnostic de dyspepsie. Qui n'a remarqué, en effet, ce ventre énorme, volumineux, tout à fait en disproportion avec les autres parties du corps ! Il est étalé dans les flancs et rappelle, en un mot, par sa forme, le ventre du batracien. Ajoutons à cela un écartement plus ou moins marqué de la ligne blanche, et nous aurons indiqué en quelques mots tous les signes fournis par l'inspection.

M. Marfan (1) a cherché la cause de ce développement considérable du ventre du nourrisson dyspeptique, il l'a trouvée dans une augmentation de longueur de l'intestin. « Avant 2 mois, dit-il, nous trouvons que les enfants dyspeptiques, sans gros ventre apparent, ont un intestin

(1) Marfan. Revue des Maladies de l'Enfance, 1895.

dont la longueur représente environ 7 fois et $1/2$ la taille au lieu de 6 fois; les enfants dyspeptiques à gros ventre ont un intestin dont la longueur représente 8 fois et $1/2$, jusqu'à 10 fois la longueur de la taille.

« Après 2 mois, les nourrissons dyspeptiques sans gros ventre apparent ont un intestin qui représente 8 fois et $1/2$ à 9 fois la longueur de la taille, les nourrissons à gros ventre ont un intestin qui représente de 9 à 12 fois la longueur de la taille.

« Cette hypertrophie en longueur porte en même temps sur l'intestin grêle et sur le gros intestin; elle est proportionnellement un peu plus accusée sur l'intestin grêle que sur le gros intestin. »

M. Marfan (1) pense que cet allongement est un phénomène favorable destiné à lutter contre l'auto-intoxication et l'auto-infection. « La muqueuse intestinale, dit-il, défend l'organisme contre la pénétration des microbes et des poisons si abondants dans le tractus intestinal. La puissance bactéricide est surtout dévolue au tissu lymphoïde richement distribué dans son épaisseur. La puissance toxicolytique serait le propre de l'épithélium intestinal, elle devrait être mise en regard de celle du foie; l'allongement de l'intestin dans la gastro-entérite ne serait-il pas un phénomène destiné à accroître la surface de défense? il est au moins permis de poser la question. »

Mais petit à petit, à mesure que l'enfant avance en âge, le ventre change d'aspect: il diminue de volume, n'est plus étalé dans les flancs comme autrefois, seul l'écartement de la ligne blanche persiste longtemps. Néanmoins, il ne faudrait pas croire que le ventre des enfants dyspeptiques de 6 ans et plus soit redevenu normal! En effet, nous l'avons bien souvent remarqué, l'abdomen de ces enfants au lieu d'être étalé, proémine

(1) Marfan, Semaine Médicale, 1896.

plutôt dans la partie antérieure et a bien des ressemblances avec le ventre des Multipares. Ce fait, nous l'avons observé chez 3 enfants d'une même famille dont nous retraçons l'histoire plus loin. Le ventre de tous ces enfants faisait, au-dessus de la symphyse pubienne, une saillie assez accentuée et avait quelque analogie avec le ventre en besace.

Chez tous ces enfants dyspeptiques, on voit parfois le ventre se tuméfier brusquement ; il augmente de volume ; en même temps on note un dérangement intestinal puis, après quelques jours, tout rentre dans l'ordre. Cette intumescence aiguë de l'abdomen survient après un écart de régime, un excès alimentaire, un abus de boissons et passe en général inaperçu aux yeux du Médecin dont l'attention n'est pas attirée du côté du ventre.

Mais parfois, et plus rarement, le ventre prend des proportions énormes ; l'augmentation de volume persiste et les parents sont alarmés, car on a prononcé le mot de carreau. Cet accident si curieux bien décrit par M. Ausset (1), sous le nom de gros ventre tympanique, a prêté à de nombreuses erreurs de diagnostic et des plus fâcheuses ; il mérite donc de retenir un instant notre attention.

Le début en est toujours assez lent, le ventre augmente de volume petit à petit et on note en même temps des troubles intestinaux assez marqués, soit des alternatives de diarrhée et de constipation comme dans l'observation IX, soit de la constipation opiniâtre comme dans l'observation X.

Les troubles gastriques manquent en général, dans notre observation nous avons noté la perte complète de l'appétit, il n'y avait pas de vomissements.

L'état général est le plus souvent altéré, soit qu'il y ait une anémie très marquée comme dans l'observation IX,

(1) Ausset : Leçons cliniques sur les maladies des Enfants, t. I.

soit un retentissement sur le moral comme dans notre observation où l'enfant devint triste, ne jouant plus avec ses camarades et refusa brusquement de marcher. Mais dans aucun cas, nous n'observons d'amaigrissement notable comme dans la péritonite tuberculeuse.

Le ventre est gros, régulièrement développé ; on n'y remarque pas de circulation collatérale assez accusée qui puisse faire penser à un obstacle siégeant sur le trajet de la veine Porte. Dans les 2 observations qui suivent, la circulation collatérale est notée ; elle était même assez développée dans celle de M. Ausset ; nous en verrons l'explication plus loin. Un signe très important relaté dans notre observation, c'est le changement de volume du ventre d'un jour à l'autre. On ne retrouve pas, en effet, ce symptôme dans les gros ventres d'une autre origine.

A la palpation, le ventre est indolore, dur, tendu, mais dépressible ; on ne sent jamais de bosselures ni de masses appréciables.

A la percussion, on trouve du tympanisme partout, aussi bien autour de l'ombilic que dans les flancs ; jamais de matité, donc pas trace de liquide. Le Foie peut être augmenté de volume comme chez les autres dyspeptiques. La Rate est normale, et les autres appareils sont sains.

Devant un tel ensemble symptomatique, quelles sont les affections auxquelles il faut songer ? Et d'abord le carreau, c'est-à-dire la tuberculose des ganglions mésentériques est le plus souvent incriminé. Mais cette affection dont on a tant abusé est véritablement exceptionnelle ; de plus le ventre est mou très facile à déprimer et on sent la masse dure, bosselée formée par les ganglions engorgés, située au devant de la colonne vertébrale.

En face d'un gros ventre, on agite souvent aussi la question de la péritonite tuberculeuse ; mais dans ce

cas, l'état général est défectueux, il y a quelques accès fébriles vespéraux, le ventre est un peu sensible à la palpation et on y sent des parties dures, des gâteaux péritonéaux formés par la matière tuberculeuse.

Il faut penser aussi à la cirrhose du foie qui se traduit par de l'ascite et le développement de la circulation collatérale.

Enfin, les différentes tumeurs de l'abdomen, sarcome du rein, kystes de l'ovaire, du mésentère, de l'épiploon, rares il est vrai chez l'enfant, ne doivent pas être omises.

Nous relatons ci-après deux observations typiques de gros ventre dyspeptique. Nous avons emprunté la première à M. Ausset (1), l'autre nous est personnelle.

OBSERVATION IX. — M. Ausset a observé une fillette de 6 ans Sophie V.... qui a été nourrie au sein jusqu'à 9 mois, mais sans aucune règle, on lui donnait à boire quand elle voulait. Diarrhée constamment. — Sevrée à 9 mois et nourrie alors avec des pommes de terre, soupes, café et viande bouillie. Bronchite à 3 ans; coqueluche à 5 ans. L'enfant a toujours eu le ventre un peu gros, mais la mère a remarqué que cette tuméfaction a augmenté depuis deux mois environ. L'abdomen mesure au niveau de l'ombilic : 55 centimètres $\frac{1}{4}$ pendant l'inspiration, et 55 centimètres $\frac{3}{4}$ à la fin de l'expiration. — Circulation collatérale assez accusée surtout à droite. A certains moments l'intestin se dessine sous la paroi et forme des saillies qui se déplacent dans tous les sens. On entend aussi des borborygmes et du gargouillement. Ventre tendu, mais très dépressible à la palpation. Sonorité absolue, tympanisme sur toute la surface de l'abdomen, dans les flancs, à la partie antérieure; pas trace de matité, donc

(1) Ausset : Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance. Tomes I et II

pas de liquide ascitique. Deux ponctions aspiratrices dans l'abdomen n'ont pas ramené de liquide. Foie un peu augmenté de volume. Rate normale ; estomac très dilaté et clapotage au niveau de l'ombilic. Pas de diarrhée ni constipation : Diarrhée antérieurement. Appétit conservé ; pas de vomissements ; selles un peu décolorées. Pas trace dictère. Urines normales. Facies pâle, teint cireux, muqueuses décolorées : 3.131.000 globules rouges et 155.000 globules blancs. M. Ausset pose le diagnostic de gros ventre tympanique dû à une entérite chronique d'origine alimentaire. Traitement approprié. Après une amélioration de quelques jours, la diarrhée reparait, puis des vomissements alimentaires. L'État général devient mauvais, amaigrissement. Mort dans la cachexie sans élévation de température.

A l'autopsie, pas d'ascite ni de granulations tuberculeuses du péritoine, ulcérations de l'intestin grêle plus ou moins grandes, siégeant en dehors des plaques de Peyer, sans qu'il y ait des granulations tuberculeuses sur la surface externe correspondante de l'intestin. Ces ulcérations ont en certains points détruit toute la muqueuse, tandis qu'en d'autres, celle-ci n'est qu'érodée. Au niveau de la valvule de Bauhin, énorme végétation polypiforme ulcérée. — L'Étude histologique de l'intestin grêle a décelé des lésions d'entérite chronique à l'exclusion de toute tuberculose.

OBSERVATION X. — Marie H... est amenée à l'Hôpital des Enfants-Malades pour une tuméfaction de l'abdomen qui date de 6 semaines. Le ventre de cette enfant est gros, développé régulièrement, dur tendu ; l'augmentation de volume varie tous les jours. Sonorité partout, dans les flancs, et à la partie antérieure, donc pas d'ascite. Très peu de circulation collatérale. — A la palpation, on sent très difficilement les viscères abdominaux et on ne réveille aucune douleur. Pas d'hypertrophie du foie ni de la

rate. — Rien au cœur, rien aux poumons, rien dans les urines. — Cette enfant née à terme a des antécédents tuberculeux très manifestes qui auraient pu faire penser à la péritonite tuberculeuse : Grand'mère maternelle et père morts tuberculeux, un frère mort de méningite à 2 ans, une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 5 ans. Élevée exclusivement au sein jusqu'à 6 mois, puis allaitement mixte, on lui donnait de tout, sauf de la viande. Première dent à 9 mois; marche à 14 mois.

Il y a 6 semaines, le ventre de l'enfant commence à grossir; à ce moment, l'enfant qui marchait très bien, refuse brusquement de marcher. Perte de l'appétit; la constipation s'établit, devient opiniâtre, elle restait parfois 2 ou 3 jours sans aller à la garde-robe, puis selles abondantes, fétides, dures. Depuis lors, l'enfant est devenue triste et ne joue plus comme auparavant. Pas de fièvre. — Traitement spécial.

Après un séjour de 3 semaines à l'hôpital, le ventre de l'enfant a beaucoup diminué, est moins tendu et la mère reprend son enfant.

Il semble a priori que l'explication de cette intumescence abdominale soit des plus simples et des plus naturelles : cette surdistension du tube gastro-intestinal semble être due à des gaz formés dans son intérieur. Nous avons vu plus haut, en effet, que chez les dyspeptiques, les fermentations de l'estomac et de l'intestin amenaient une surproduction de gaz; or dans ce cas, ils ne peuvent être expulsés, soit par paralysie de l'intestin, soit par accumulation de matières fécales.

Mais en pratiquant des ponctions capillaires sur l'intestin, M. Ausset a remarqué qu'il donnait issue à une certaine quantité de gaz et néanmoins le ventre restait distendu et ne reprenait pas son volume normal. La production exagérée de gaz ne suffit donc pas à expliquer cette distension.

M. M. Glénard et Siraud (1) ont démontré par leurs expériences, qu'il y avait dans ce phénomène un élément congestif très important. Ils ont remarqué qu'une injection aqueuse poussée dans la veine Porte, le conduit hépatique ou l'artère hépatique amenait une augmentation de volume du foie et une distension du tube gastro-intestinal: l'intestin, grêle se dilate le premier, puis l'estomac et la rate et enfin le gros intestin. « Le calibre de l'intestin, disent ces auteurs, donnerait donc la mesure de la pression intra-vasculaire et, en définitive, du degré de richesse, de tension sanguine de cet organe, c'est-à-dire de l'état de sa fonction ».

La circulation complémentaire et l'engorgement hépatique notés dans l'observation de M. Ausset s'expliquent ainsi très facilement. Du reste, après avoir fait remarquer combien sont fréquents la flatulence, le gonflement et le ballonnement dans la congestion du foie, M. M. Glénard et Siraud concluent que l'hyperhémie du foie s'accompagne d'une stase dans les veines de l'intestin et de l'estomac.

Palpation de l'abdomen. — Après cette longue digression sur le gros ventre dyspeptique, revenons à l'examen de l'abdomen.

Le ventre rachitique est souple, mou, facilement dépressible, tout à fait indolore et des plus facile à explorer, il mérite donc bien l'appellation de gros ventre flasque.

A la palpation profonde, on perçoit très aisément dans les fosses iliaques le colon rempli de matières dures, indice d'une constipation opiniâtre.

La percussion de l'abdomen d'un enfant rachitique révèle une sonorité normale dans les flancs et dans la région sous-ombilicale, mais une sonorité exagérée de

(1) Glénard et Siraud : Étude sur les modifications de l'aspect physique et des rapports du foie cadavérique par les injections aqueuses dans les veines de cet organe. — Lyon Médical, 1893.

la région épigastrique. Ce tympanisme stomacal, bien distinct de celui fourni par l'intestin distendu, et en particulier le colon transverse, peut dans le cas où l'enfant crie et contracte sa paroi abdominale servir à fixer la limite inférieure de l'estomac. La percussion de l'hypochondre droit révélera souvent une hypertrophie assez notable du foie qui déborde les fausses côtes.

Mais, pour apprécier aussi exactement que possible l'augmentation de volume de l'estomac, il faut avoir recours au procédé de la percussion directe de l'épigastre, indiqué par Chomel (1). — Dans toutes nos recherches sur la dyspepsie, nous avons suivi les règles énoncées par M. Comby. « L'enfant étant à jeun, on le couche sur le dos, les cuisses fléchies, la tête un peu basse, les bras étendus le long du corps, la bouche ouverte, respirant naturellement, ne se raidissant pas, ne faisant aucun effort. Avec les doigts réunis de la main droite, on exécute sur l'épigastre des percussions légères et répétées. S'il y a dilatation de l'estomac, on perçoit ainsi à un niveau plus ou moins bas, un bruit analogue à celui que donne l'agitation d'un liquide dans une bouteille à moitié pleine (glou glou), ou au choc des petites vagues qui se brisent sur un bateau, pour employer la comparaison du Docteur Moncorvo.

Si le clapotage existe au niveau de l'ombilic ou au-dessous de la ligne ombilicale, c'est le signe d'une dilatation assez considérable. Si ce bruit ne s'entend pas au-dessous du milieu d'une ligne allant des fausses côtes à l'ombilic, la dilatation est insignifiante et peut-être considérée comme se rapprochant de l'état physiologique ».

Ce signe, dont la valeur est incontestable, démontre que les aliments peuvent séjourner très longtemps dans

(1) Chomel : Traité des dyspepsies, Paris 1857.

l'estomac dilaté; nous l'avons, en effet, trouvé trois et quatre heures après l'ingestion des aliments.

Beaucoup d'auteurs ont fait remarquer que le bruit de glou-glou pouvait se produire dans le colon transverse, d'où cause d'erreur. On évitera très facilement cette confusion en faisant ingérer au malade à jeun une petite quantité de liquide; si on perçoit alors le bruit de clapotage, on peut être assuré qu'il est produit dans l'estomac, car le liquide à peine dégluté n'a pas eu le temps de passer dans l'intestin. Dans tous les cas où les malades étaient à jeun, nous avons recherché le clapotage de cette façon.

La succussion en masse du tronc ne donne pas des résultats comparables à ceux obtenus par la percussion immédiate de l'épigastre. Le plus souvent négative, elle donne parfois un bruit de glou-glou qu'il est presque impossible de délimiter.

De tous les signes pathognomoniques de la dyspepsie de l'enfance, la dilatation de l'estomac est un des plus fréquents et des premiers en date dans l'apparition de la dyspepsie. M. Bouchard, parlant de la dilatation de l'estomac chez l'adulte, s'exprime ainsi: « la dilatation de l'estomac s'observe dans les 7/8 des cas chez les dyspeptiques et la dyspepsie ne s'observe que dans 1/3 des cas chez les malades atteints de dilatation, ce qui veut dire que généralement le dyspepsie résulte de la dilatation et que la dilatation ne résulte qu'exceptionnellement de la dyspepsie ».

En clinique infantile, rien de plus facile à vérifier que des faits de ce genre. Chez un enfant nourri artificiellement, la dilatation d'estomac peut être décelée par l'examen physique dès les premiers mois de la naissance et alors, l'enfant présente surtout des troubles intestinaux. Puis, les signes de la dyspepsie vraie font petit à petit leur apparition et viennent s'ajouter à la dilatation d'estomac. Aussi, quand on recherche avec soin ce

symptôme est-on frappé de son existence fréquente chez l'enfant. M. Bouchard avait remarqué ce fait chez l'adulte et dans ses travaux sur les auto-intoxications, il signale l'extrême fréquence de la dilatation stomacale. « Pourquoi, dit-il, la dilatation de l'estomac a-t-elle été méconnue si longtemps, étant si fréquente ? parce qu'on ne peut la reconnaître qu'en constatant ses signes physiques ; or le plus souvent l'interrogatoire des malades, les symptômes qu'ils accusent ne sont pas de nature à la faire rechercher. En effet, la dilatation de l'estomac peut exister sans déterminer de sensations anormales, sans accidents dyspeptiques ni gastralgiques dans les $\frac{2}{3}$ des cas ; c'est une maladie qui ne crie pas, on comprend qu'elle passe inaperçue ». —

Dans nos recherches, nous avons maintes fois vérifié ces faits, chez l'enfant, encore plus que chez l'adulte, la dilatation de l'estomac se révèle bien rarement par des signes fonctionnels évidents qui attirent l'attention de ce côté. Elle reste très souvent latente ; aussi faut-il toujours recourir à l'examen physique pour la dépister.

Nous avons retrouvé dans 56 observations du clapotage manifestement situé au-dessous de la limite inférieure indiquée par M. Bouchard.

Clapotage au dessus de l'ombilic . . .	7 cas.
« à l'ombilic.	36 cas.
« au dessous de l'ombilic . . .	13 cas.

Troubles du côté du Système nerveux

Les accidents du côté du système nerveux sont des plus fréquents et il n'est pas de dyspeptique qui n'ait éprouvé dans le cours de sa maladie quelque trouble nerveux assez souvent passager. Devant la fréquence de ces accidents et surtout l'importance qu'ils prennent dans certains cas où ils dominent toute la scène, nous leur avons consacré un chapitre spécial dans lequel nous étu-

dierons la forme nerveuse de la dyspepsie de l'enfance. Aussi, nous contenterons-nous ici de faire une simple énumération des troubles nerveux que peuvent présenter les enfants dyspeptiques.

L'accident le plus fréquent et qui inquiète le plus l'entourage est la céphalée. Très irrégulière dans son apparition, elle apporte souvent, en particulier chez les collégiens, une gêne assez grande dans la poursuite des études.

Les névralgies intercostales, lombaire et sciatique avec ou sans zona ne sont pas exceptionnelles.

Les petits dyspeptiques se plaignent souvent aussi de douleurs diffuses dans les membres.

Citons encore les troubles du sommeil, ils consistent surtout en agitation, cauchemars et terreurs nocturnes.

Enfin, comme dans l'observation LIV, nous verrons que ces enfants, plus que d'autres, sont sujets aux convulsions.

Troubles Cutanés

Parmi les accidents cutanés de la dyspepsie, nous citerons en premier lieu le prurigo chronique de Hébra, évoluant par poussées successives. Le traitement, aidé d'un régime approprié, produit les meilleurs résultats, mais chez un enfant en voie de guérison, il suffit d'un simple écart de régime pour faire apparaître une nouvelle poussée.

Les petits dyspeptiques sont encore sujets aux poussées d'urticaire, d'eczéma séborrhéique de la face et d'eczéma sec ou suintant du visage, du cou, du tronc et des membres.

Troubles circulatoires

Les enfants dyspeptiques se plaignent très souvent comme l'adulte de bouffées de chaleur après les repas. La face devient momentanément rouge, congestionnée

et forme un contraste frappant avec le teint pâle, cireux, cachet de la dyspepsie.

Dans quelques cas, nous avons noté aussi des palpitations parfois assez violentes, survenant à des intervalles très irréguliers et surtout après les repas.

Dans deux cas nous avons remarqué une arythmie très manifeste et après l'examen minutieux de tous les organes trouvés sains, nous avons été forcé de la mettre sur le compte de la dyspepsie. Nous donnons ci-dessous un exemple de cet accident particulier ; on trouvera encore un fait de ce genre dans l'observation. LXXIII.

OBSERVATION XI. — H..., garçon de onze ans, a toujours été dyspeptique : Appétit capricieux, mangeant beaucoup à certains moments, peu ou pas du tout dans d'autres circonstances. Boit beaucoup aux repas et en dehors des repas. Embarras gastrique assez souvent. — La nuit, réveils fréquents avec crises spasmodiques, il est pris d'une sorte de tremblement et demande à coucher avec son père (terreurs nocturnes). Depuis quelque temps, sensation pénible dans le ventre, ce ne sont pas de véritables douleurs, mais de la gêne, de la pesanteur principalement à droite. En même temps, gêne précordiale et arythmie constatée par plusieurs médecins. L'enfant est examiné, le 30 octobre 1898 : langue saburrale, dégoût pour les aliments, intolérance gastrique et vomissements. Pas de constipation ; ventre souple, pas ballonné. Tympanisme stomacal peu accusé, remontant au-dessus du mamelon gauche. — La palpation de l'hypochondre droit est un peu douloureuse ; à ce niveau on sent une masse arrondie, fuyant sous la main, sensible à la pression et qui ne peut être que le rein déplacé. A l'auscultation du cœur on trouve des battements irréguliers, intermittents, sans souffle à aucun orifice. — On conclut non à une lésion organique, mais à un trouble du rythme cardiaque par auto-intoxication.

Troubles de l'appareil respiratoire,

Chez quelques enfants dyspeptiques nous avons observé des poussées de bronchite sibilante, revenant à intervalles plus ou moins rapprochés et paraissant avoir des rapports intimes avec l'affection du tube digestif. En effet, sous l'influence du traitement de la dyspepsie, ces bronchites disparaissent; puis, l'enfant fait-il un écart de régime ou un excès alimentaire, immédiatement les râles reparaissent.

Il en est de même de ces accès asthmatiformes parfois si inquiétants que présentent certains malades, ils semblent être intimement liés à la dyspepsie, c'est l'asthme dyspeptique bien décrit par Hénoc'h.

Dans 10 observations nous avons retrouvé ces accidents respiratoires, soit des accès asthmatiformes, soit des bronchites à répétition. — Aussi avons nous pensé qu'il serait profitable de les étudier en détail dans un chapitre spécial traitant de la forme respiratoire de la dyspepsie.

Troubles de l'État général

Sans avoir d'accès fébriles, les enfants dyspeptiques deviennent parfois d'une tristesse inquiétante pour l'entourage; ils n'ont pas d'entrain, pas de goût pour les jeux des enfants de leur âge et fuient la compagnie.

Ces malades sont en général plus petits que leurs camarades du même âge, ils sont maigres, pâles, chétifs et ont un teint curieux. Le fréquence de l'anémie au cours de la dyspepsie nous a conduit à étudier dans un autre chapitre cette forme spéciale dans laquelle l'enfant se présente avec tous les attributs d'un anémique. Il est très important, dans ce cas, de poser un diagnostic précoce, car, un traitement rationnel amène les meilleurs résultats. Nous avons observé dans 20 cas cette anémie symptomatique de la dyspepsie.

Les observations qui suivent se rapportent assez bien

à la forme la plus commune de la dyspepsie, celle qui ne doit jamais être méconnue. Elle se caractérise surtout par l'existence des signes gastro-intestinaux avec association de troubles des divers appareils sans aucune prédominance.

OBSERVATION XII. — Germaine L..., âgée de 20 mois, a été élevée au sein maternel jusqu'à 10 mois, mais on lui a donné de très bonne heure des soupes et de la panade. Le lait de la mère diminue beaucoup vers l'âge de 7 mois, elle devient enceinte de nouveau à cette époque. L'enfant est mise alors en nourrice. Première dent à 8 mois, commence à marcher à 13 mois. Coqueluche à 3 ans. Constipation légère jusqu'à 10 mois et opiniâtre depuis cette époque. Vomissements alimentaires de temps en temps après les repas. Fièvre de digestion assez souvent le soir ; terreurs nocturnes. Polydipsie et polyphagie : l'enfant boit et mange en dehors des repas. Gros ventre flasque. Aplatissement latéral du thorax, chapelet rachitique. Dilatation stomacale, clapotage jusqu'à l'ombilic. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Soumise au traitement.

OBSERVATION XIII. — Eugénie et Ernestine H..., âgées de 30 mois, jumelles, nées à terme, ont été soumises à l'alimentation mixte. Première dent à 8 mois. Marche à 19 mois. A 4 mois, coqueluche qui dure 3 mois. Depuis les premières semaines de la naissance, diarrhée continuelle qui a subi une aggravation après la coqueluche et qui paraît, à cette époque, avoir été assez grave ; depuis lors, la diarrhée a persisté. Embarras gastrique de temps en temps avec vomissements alimentaires, état saburral, anorexie, fièvre. Polydipsie, boivent beaucoup pendant et en dehors des repas, eau rougie et vin pur. Peu d'appétit, sauf le matin. Fièvre de digestion.

Examinées le 5 juin 1898, Ernestine présente une dila-

tation d'estomac avec tympanisme stomacal et clapotage jusqu'à l'ombilic. Chapelet rachitique, dépression latérale du thorax, bosses frontales et pariétales très saillantes. Éventration due à l'écartement de la ligne blanche. L'état général de la petite Ernestine semble un peu meilleur ; l'enfant, quoique présentant les mêmes signes physiques, est plus forte que sa sœur ; la dilatation stomacale est un peu moins accentuée. Soumises au régime.

Revues le 4 novembre, les troubles fonctionnels se sont en partie amendés : les vomissements ont cessé, l'appétit est normal, la soif n'est pas exagérée, et les fillettes ne boivent plus en dehors des repas, mais elles ont des alternatives de diarrhée et de constipation. La capacité de l'estomac n'a pas changé. L'état général de ces deux jumelles s'est amélioré, mais comme autrefois, la petite Ernestine est plus forte que sa sœur.

Les trois observations qui suivent, plus l'observation XXXV ont trait aux enfants d'une même famille : deux frères et deux sœurs, qui tous sont de grands dyspeptiques. La mère est morte tuberculeuse. Ils ont tous été élevé au sein maternel, mais, on le comprend, dans des conditions déplorables. Cette mère phthisique ne faisait qu'une très mauvaise nourrice et elle donnait à ses enfants, en sus du sein, une alimentation substantielle très défec-
tueuse. Tous ces enfants nous ont été conduits le 25 octobre 1898 pour des troubles dyspeptiques variés. Ils sont aujourd'hui orphelins, dédués de toute ressource, sans soins, ils sont par conséquent très mal nourris et souvent privés du nécessaire. Ils ont tous été soumis au traitement de la dyspepsie.

OBSERVATION XIV. — Marie M., âgée de 2 ans 1/2, a commencé à marcher à 28 mois. Depuis sa naissance, elle a de la diarrhée de temps en temps. Elle est très vorace, demande constamment à manger. Elle boit beaucoup au moment et en dehors des repas. Vomissements peu fré-

quents. Tête volumineuse. Ventre énorme avec écartement notable de la ligne blanche, souple et facilement dépressible. Les membres sont grêles avec un gonflement des épiphyses; le thorax est aplati latéralement et très élargi à sa base. Le foie est normal. L'estomac est très dilaté, on perçoit par la palpation du clapotage stomacal à l'ombilic.

OBSERVATION XV. — Désirée, âgée de 4 ans 1/2, a marché très tard. A toujours eu des alternatives de diarrhée et de constipation. Rachitisme très marqué : grosse tête, membres grêles avec saillie des épiphyses, ventre énorme avec éventration, thorax élargi à sa base, prolapsus rectal. Cette fillette est très agitée la nuit, elle a de l'incontinence nocturne d'urine. Le soir, assez souvent, fièvre de digestion, Impétigo des lèvres avec hypertrophie de la lèvre supérieure due probablement à la lymphangite consécutive. Polydipsie et polyphagie. Foie normal. L'estomac est dilaté, clapotage à l'ombilic.

OBSERVATION XVI. — Paul, âgé de 6 ans 1/2, a marché également très tard. Cet enfant est pâle, anémie, d'un caractère triste. Le ventre est très gros, proéminent et retombe en avant de la symphyse pubienne; écartement de la ligne blanche. La tête est volumineuse, les membres sont grêles; le thorax est aplati latéralement et très évasé à sa base. Cet enfant n'est jamais rassasié et boit constamment. Il a une diarrhée qui date de sa première enfance. Se plaint souvent de douleurs abdominales assez vives sous forme de coliques. Indigestions de temps en temps. Fièvre de digestion parfois le soir. Agitation la nuit, cauchemars et terreurs nocturnes. Bien souvent l'enfant se plaint de maux de tête assez violents. Le foie est normal. On trouve du tympanisme jusqu'à l'ombilic sans clapotage.

OBSERVATION XVII. — Victor C..., âgé de 8 ans, nous est

conduit le 15 mai 1898, à cause de son état de maigreur qui inquiète beaucoup ses parents. Il est pâle, faible, petit, les membres sont grêles, la poitrine est peu développée, en un mot, à le voir si grêle: on croirait tout au plus un enfant de six ans. Son père, alcoolique, est mort à trente-sept ans d'une affection cardiaque. Nourri au sein jusqu'à dix-sept mois, il n'était pas réglé dans ses tétées, sa mère lui donnait le sein dès qu'il criait; on lui donnait en plus du lait de vache et de la panade; aussi l'enfant était-il chétif, ne profitait pas.

Première dent à 8 mois, marche à 2 ans. Gros ventre, gonflement des épiphyses. A 8 mois, coqueluche qui se complique d'une bronchite et l'enfant tousse pendant plusieurs mois. A 3 mois, rougeole compliquée d'otite double. Fièvre typhoïde à 4 ans. En janvier 1898, grippe à forme gastro-intestinale. Actuellement l'enfant a bon appétit, surtout le matin; il mange moins bien aux autres repas; fait encore 4 repas par jour.

Grand buveur, boit beaucoup entre ses repas. Pas de douleurs épigastriques, pas de vomissements. Diarrhée habituelle depuis son enfance. Le foie descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. Fièvre de digestion presque tous les soirs. Terreurs nocturnes. Hernie sus-ombilicale. Bosses pariétales très développées; dépression latérale du thorax assez prononcée. Tympanisme et clapotage jusqu'à un centimètre au-dessous de l'ombilic.

Soumis au régime.

OBSERVATION XVIII. — Marthe S..., âgée de 9 ans 1/2, vient nous consulter le 17 juin 1898.

Cette fillette est grande, maigre et présente un gonflement assez accentué des épiphyses. Sa mère, qui est migraineuse a eu, étant jeune fille, des crises d'hystérie. Son père a des hémorroïdes. Élevée au sein maternel,

elle n'était pas réglée dans ses tétées. Marche à quinze mois. Diarrhée presque continuelle depuis la première enfance avec sang dans les selles de temps à autre. Vomissements aqueux assez souvent et survenant après les repas. Céphalée après les repas. Polydipsie, boit entre les repas, appétit capricieux. Prolapsus rectal depuis sa première enfance. Clapotage stomacal jusqu'à l'ombilic. Le colon transverse est également dilaté, on perçoit au-dessous de l'ombilic un bruit de clapotage dont le timbre diffère de celui de l'estomac. Traitement ordinaire.

Revue le 27 octobre 1898, l'état général de la fillette s'est beaucoup amélioré : Elle est moins pâle, ses muqueuses ne sont pas décolorées. La Polydipsie a disparu, mais l'appétit est encore capricieux. Les vomissements ont cessé depuis longtemps, les selles sont régulières. L'enfant ne se plaint plus de maux de tête. A l'examen, le foie est normal et on perçoit encore le clapotage stomacal jusqu'à l'ombilic ; l'estomac semble donc avoir diminué un peu de volume. Le prolapsus rectal existe encore.

En un mot, amélioration considérable par le régime et le traitement des troubles fonctionnels que présentait autrefois la fillette.

OBSERVATION XIX. — Antoinette B..., âgée de 11 ans est née avant terme, à 8 mois son père est rhumatisant. Élevée au sein à la campagne, elle a fait sa première dent à 8 mois. A eu de la diarrhée dans sa première enfance, avait un gros ventre. Coqueluche à 7 ans et diphtérie à la suite. Polyphagie et Polydipsie depuis très longtemps ; vomissements de temps en temps ; renvois, bouffées de chaleur ; constipation. Agitation et cauchemars la nuit. Rein mobile à droite avec douleurs dans la région lombaire droite et dans le membre inférieur droit. A été soignée en septembre dernier pendant un mois pour appendicite ; en ce moment, toute la région lombaire droite est douloureuse, pas d'empatement, pas de vomissements. Le foie est nor-

mal ; l'estomac est dilaté et descend à un travers de doigt au dessus de l'ombilic. Traitement ordinaire.

OBSERVATION XX. — Georgette P..., âgée de 12 ans 1/2, nous est amenée par sa mère le 25 mai 1898 pour des vomissements alimentaires fréquents survenant à toute heure de la journée. Cette enfant élevée au biberon a eu sa première dent à 8 mois et a marché à 14 mois. Mère hystérique avec attaques fréquentes, a eu de l'eczéma pendant deux ans. Père rhumatisant. L'enfant a eu la diarrhée pendant la première enfance. Gros ventre. Rougeole à six ans.

En 1897 embarras gastrique fébrile avec délire, langue saburrale, vomissements, on lui donne à la suite de cet accident du vin de quinquina et, trois mois durant, elle en prit trois verres à liqueur par jour. Depuis lors, appétit capricieux et mange en dehors des repas. Polydipsie, boit beaucoup en dehors des repas, boit du vin de raisin sec. Fièvre de digestion le soir avec délire. Cauchemars la nuit. Terreurs nocturnes. Céphalée alternatives de diarrhée et de constipation. Glaires, membranes blanchâtres dans les selles assez souvent (Entérite muco-membraneuse). Aplatissement latéral du thorax. Maigreur, faiblesse générale. Foie normal ; tympanisme stomacal et clapotage jusqu'à l'ombilic. Traitement de la dyspepsie.

Revue le 12 octobre, cette fillette est beaucoup améliorée : L'appétit est normal, la polydipsie a cédé, les selles sont régulières, l'estomac est encore dilaté, mais ne descend plus qu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Seule la céphalée a persisté. Il y a donc une amélioration considérable des troubles fonctionnels et en même temps l'estomac semble avoir perdu un peu de sa capacité exagérée.

OBSERVATION XXI. — Henriette et Marie J..., sœurs

jumelles, âgées de 14 ans sont grandes, maigres, réglées irrégulièrement depuis 6 mois. Nourries toutes deux au sein maternel, elles ont marché à vingt-huit mois. Elles ont présenté tous les stigmates du rachitisme : gros ventre, gonflement des épiphyses etc.

Elles sont toutes deux dyspeptiques. Elles ont de la polydipsie, boivent chacune environ trois litres de liquide par jour. Céphalalgie assez fréquente. Dilatation d'estomac, clapotage jusqu'à l'ombilic. Soumises au régime.

Une sœur de quatre mois nourrie au sein maternel est très bien portante et ne présente pas de troubles gastro-intestinaux.

OBSERVATION XXII. — Votre ami René G..., âgé de 19 ans 1/2 a été élevé au biberon. Dès les premiers mois de sa naissance, eczéma généralisé qui a duré jusqu'à douze mois et ne s'est plus reproduit. Quelques signes de rachitisme : prolapsus rectal et marche à dix-huit mois, Rougeole à trois ans et bronchite consécutive. A toujours été gros mangeur.

Polydipsie depuis sa plus tendre enfance. Assez bien portant dans la seconde enfance. En 1895, reçoit un coup de pied dans la région lombaire droite et notre ami est obligé de s'aliter trois semaines. En mars 1898, colique appendiculaire avec douleur très vive dans la fosse iliaque droite au lieu d'élection, nausées, constipation, pas de fièvre, pas d'empatement, les douleurs durent cinq à six jours et tous les signes disparaissent. Mais convalescence pénible avec perte d'appétit, vomissements alimentaires tous les deux jours environ, pas de douleurs ; constipation, polydipsie.

Soumis au régime, les vomissements cessent et l'appétit renaît. Examiné par nous en juillet 1898, notre ami ne suit plus son régime, polydipsie et polyphagie ; mange très vite. Pas de vomissements ni de douleurs épigastriques, — Bouffées de chaleur après les repas.

Alternatives de diarrhée et de constipation. Céphalalgie assez souvent après les repas. Dilatation de l'estomac : Clapotage à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic : Foie normal. — Le 4 janvier 1899 nouvelle colique appendiculaire, mais plus intense que la première.

L'intérêt de cette observation réside dans l'évolution tout à fait lente de la dyspepsie chez notre ami, restée latente pendant dix-huit ans elle ne s'annonce bien évidente qu'après une colique appendiculaire.

FORME LATENTE

Fréquence

Pour se faire une idée de la fréquence de cette forme, il ne faudrait pas s'en rapporter au chiffre de nos observations, nous n'en avons relevé que six, mais, nous aurions pu en fournir un nombre très considérable; c'est, en effet, la forme la plus commune. La plupart de nos observations classées sous un titre quelconque trouveraient leur place à la suite de ce chapitre. La division établie par nous n'a de valeur que pour le praticien qui, par une analyse soigneuse des signes fonctionnels et par un examen physique très approfondi, sait dépister la dyspepsie là où elle semble ne pas exister.

Aspect divers sous lesquels elle se présente

Presque tous les enfants observés par nous, nous étaient conduits pour des affections ou des symptômes très divers paraissant au premier abord ne présenter aucun rapport avec la dyspepsie. Examinons quelques observations et nous verrons que :

Dans l'observation XXIII l'enfant nous est amenée pour vulgo-vaginite,

Dans l'observation XXV l'enfant est amené pour de l'incontinence d'urine et du rhumatisme.

Et nous pourrions encore en citer bien d'autres.

Dans ces cas, une affection quelconque conduit les parents à consulter le médecin et seul un examen approfondi permet de reconnaître la dyspepsie concomitante.

D'autrefois et c'est le cas le plus fréquent, la dyspepsie simule une affection banale, le plus souvent, elle en prend le masque et fait commettre des erreurs de diagnostic tout à fait préjudiciables à la santé de l'enfant. Tel le cas du dyspeptique qui fait le sujet de l'observation XVI, dont une sœur atteinte de rhumatisme est morte d'endocardite. Envoyé lui-même à Pougues pour des névralgies lombaires attribuées par erreur au rhumatisme, il n'en retire aucun bénéfice.

Tel encore le cas de ces enfants dont le facies pâle, terreux et la décoloration des muqueuses font porter le diagnostic de chlorose. Soumis au traitement ferrugineux prolongé, ces enfants n'en retirent, en général, qu'un bénéfice bien minime; soumettons-les au contraire à un régime sévère et à un traitement approprié et nous verrons leur état s'améliorer de jour en jour.

Quoi de plus frappant encore que l'effet du régime et du traitement sur ces enfants soignés pour de prétendues douleurs de croissance et qui ne sont que des dyspeptiques avec prééminence de troubles nerveux.

Nous pourrions encore multiplier les exemples, mais nous nous bornerons à citer le cas des enfants atteints de prurigo de Hébra et soignés comme herpétiques, et celui des enfants présentant des Bronchites à répétition ou des accès asthmatiformes d'origine dyspeptique et où le praticien ne songe pas à porter son attention du côté de l'estomac.

Tous ces exemples démontrent d'une façon péremptoire que la dyspepsie reste souvent latente, sans même inquiéter le malade comme dans les observations XXIII.

XXV et XXVIII, dans ces cas, une attention particulière du médecin permettra de la découvrir. Mais le plus souvent, c'est une affection protéiforme qui, suivant le tempérament de chacun, donnera naissance à une forme spéciale ; chez les enfants issus de souche nerveuse, elle se manifestera surtout par des accidents nerveux, chez d'autres enclins aux accidents bronchiques, elle donnera des bronchites à répétition. Dans ce dernier cas, le diagnostic est parfois très délicat et nécessite une certaine habitude.

M. Bouchard en 1885 avait déjà signalé ce fait dans la dyspepsie de l'adulte. « La dilatation de l'estomac, dit-il, a existé en général longtemps avant le début de la maladie à laquelle on la trouve associée et chez un très grand nombre de malades, il y a lieu de considérer à côté de la maladie principale par laquelle on les désigne, l'autre, la dilatation d'estomac qui a l'air d'être accessoire et qui peut être a préparé l'invasion de la première ».

¶ Nous ne saurions donc trop insister sur cette physiologie particulière que prend la dyspepsie de la seconde enfance, afin de mettre en garde contre toutes les nombreuses erreurs de diagnostic qu'elle peut faire commettre. Aussi, toutes les fois qu'une mère de famille amènera son enfant, soit pour des douleurs vagues dans la tête ou dans les membres, soit pour de l'eczéma, du prurigo, soit pour de l'anémie, des accès d'asthme ou des bronchites à répétition, le médecin devra se défier et diriger ses recherches vers le tube gastro-intestinal.

Bien souvent, par un examen approfondi, il décèlera une dyspepsie méconnue jusqu'alors et aura la consolation de remédier à tous ces accidents par un traitement rationnel.

Les six observations rapportées ci-dessous sont des plus nettes et démontrent combien il est parfois difficile d'établir le diagnostic de dyspepsie.

OBSERVATION XXIII. — Jeanne L..., âgée de 4 ans, est conduite par sa mère pour vulvo-vaginite. Élevée au biberon à la campagne. A eu la diarrhée dans la première enfance. Prolapsus rectal à 4 mois qui dure plusieurs mois. Première dent à 1 an. Marche à 15 mois. Gros ventre. Polyphagie et Polydipsie, boit en dehors des repas, à toujours faim. Un peu de diarrhée de temps en temps. Fièvre de digestion. Écoulement vulvo-vaginal. Le ventre de l'enfant est flasque, étalé ; écartement de la ligne blanche. Dilatation de l'estomac : tympanisme et clapotage jusqu'à l'ombilic. Prurigo chronique de Hébra avec strophulus sur les deux avant-bras ; ces lésions ont débuté l'été dernier par des poussées de boutons rouges revenant de temps à autre (Urticaire à répétition). — Traitement ordinaire.

OBSERVATION XXIV. — Marie G..., fillette de 7 ans et 9 mois, venue avant terme, pesant 1.800 gr. à sa naissance. Élevée quelque temps dans une couveuse, plus tard on lui donne une nourrice médiocre. Elle marche à 16 mois, fait sa première dent à 1 an. Depuis, elle est grêle, délicate, peu développée musculairement, d'assez bonne mine. Thorax en gouttière avec méplat latéral des côtes. Céphalagie vague. Déviation de la cloison du nez à gauche, rétrécissant la narine gauche. Palais non ogival. Un spécialiste consulté a trouvé des végétations adénoïdées moyennes et une déviation de la cloison et, bien que l'enfant ne dorme pas la bouche ouverte et ne ronfle pas la nuit, il conseille l'opération. Un chirurgien consulté sur ces entrefaites met sur le compte du nez et de la gorge le développement insuffisant du thorax ; on n'a jamais songé à la dyspepsie. Or, le ventre est gros, ballonné ; le clapotage stomacal descend très bas. L'enfant a un appétit capricieux, mangeant certains jours, peu ou pas le reste du temps. Elle se plaint assez souvent du ventre. Constipation habituelle ou lientérie. — Céphalée,

— Assez souvent des gaz. Nous avons donc tout le tableau de la dyspepsie chronique avec rachitisme ancien qui a laissé des traces à la cage thoracique.

OBSERVATION XXV.— Le 18 octobre 1898, Irène B..., âgée de 10 ans $1\frac{1}{2}$ se présente à la consultation des Enfants-Malades pour de l'incontinence d'urine et une déformation des petits doigts de la main droite et de la main gauche. — Depuis 2 ans l'enfant se plaint de douleurs assez vives dans l'index et le petit doigt de la main droite et de la main gauche; ces douleurs sont augmentées et rendues très vives par le moindre choc. La déformation a débuté il y a environ 2 ans par le petit doigt de la main droite et elle a toujours été en progressant depuis cette époque le petit doigt de la main gauche commence à se déformer depuis 5 à 6 mois.— L'articulation phalangetto-phalangienne du petit doigt de la main droite est un peu plus volumineuse que de l'autre côté, et de plus la phalangette est fléchie à peu près à angle droit sur la phalangine en forme de perroquet; l'enfant ne peut redresser la phalangette. Les autres articulations sont absolument libres à droite.

À gauche, on constate une légère flexion de la phalangette sur la phalangine, mais très atténuée; pas de troubles de sensibilité, c'est le tableau du rhumatisme déformant au début. Cette fillette, dont les parents sont très nerveux et dont le père est rhumatisant, a été élevée au sein maternel jusqu'à 3 ans; elle a marché à 11 mois; a eu la rougeole à 15 mois et la fièvre typhoïde à 4 ans. Elle a souffert d'un prolapsus rectal jusque l'an dernier. Elle a toujours été très nerveuse (excitation cérébrale), criant et pleurant constamment. Polydipsie, boit beaucoup entre les repas, café etc... et polyphagie. Pas de stigmates de rachitisme. Dilatation de l'estomac, clapotage et tympanisme à l'ombilic; à jeun ce clapotage est perçu jusqu'à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic, mais en faisant boire

la malade, on trouve que l'estomac ne descend qu'à l'ombilic, le bruit de glou-glou au dessous de l'ombilic est donc dû à la présence de liquide dans le colon transverse. Traitement de la dyspepsie.

OBSERVATION XXVI (1).— R...fillette de 11 ans, grande, forte se plaint de fréquents maux de tête et de douleurs dans le côté droit du ventre. Appétit assez bon, mais parfois nausées, gaz; tendance à la constipation. En somme, malaises assez vagues, n'arrêtant pas l'enfant mais préoccupant la mère; ces symptômes durent depuis 3 mois environ. Une sœur de 12 ans est morte l'an dernier à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite. A l'examen de l'enfant le 3 octobre 1898, M. Comby trouve une sensibilité assez vive au niveau du flanc droit, au dessous du foie, il y a deux points douloureux, l'un en avant vers l'ombilic, l'autre en arrière vers la fosse lombaire (névralgie lombaire). Clapotage stomacal jusqu'à l'ombilic et même au-dessous. L'enfant mange très vite et boit trois grands verres à chaque repas; elle ne se plaint nullement de son estomac. Cet été elle a été à Pougues et sa dyspepsie n'a pas attiré l'attention du médecin.

OBSERVATION XXVII. — Un collégien de 11 ans est observé par M. Comby le 13 octobre 1898, il a déjà été vu par lui en juillet dernier. Il est pâle, grand, maigre, sans force et sans énergie.

On l'a considéré comme lymphatique, menaçant de la poitrine; on lui a donné des toniques, jamais on ne s'est occupé de sa dyspepsie. A l'examen, pâleur assez accusée des muqueuses, plus prononcée de la peau, rien au cœur, mais souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou (anémie). Maigreur générale. Ventre souple. Clapotage gastrique descendant jusqu'à l'ombilic. Foie ne dépassant pas les fausses côtes. Constipation

habituelle, on sent dans le flanc gauche une corde dure et épaisse formée par le colon descendant. Langue un peu saburrale, gorge un peu rouge, amygdales grosses, nez souvent enchifrené. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Si on interroge l'enfant, on apprend que l'appétit est très irrégulier, il mange très vite, ne marche pas, boit beaucoup. Il se plaint souvent de céphalgie à localisation vague, de gonflement après les repas. Constipation habituelle, rarement diarrhée. Cet enfant a toujours été chétif, il a été nourri d'une façon défectueuse et était en retard pour la marche et les dents.

OBSERVATION XXVIII (1). — Nous avons remarqué qu'à chacun de ses repas notre ami prenait environ un litre de bouillon, et ceci, nous ont assuré ses parents, depuis sa plus tendre enfance. Élevé au biberon, il fit sa première dent à 8 mois et ne commença à marcher qu'à 2 ans. Il avait à cette époque tous les signes du rachitisme : tête volumineuse, gibbosité rachitique, gonflement des péiphysses et déviation des jambes. Il était très chétif, très maigre. A partir de l'âge de 2 ans, l'alimentation fut encore très défectueuse, consistant en bouillon, lait, bière, soupes, panades, pommes de terre. Bronchite légère à 22 mois, rougeole à 4 ans. Ganglion suppuré de la région cervicale à 12 ans. La mère de notre ami, qui est très nerveuse, présente des troubles dyspeptiques très accusés et consistant surtout en indigestions avec crises gastralgiques très douloureuses; elle a eu plusieurs attaques de rhumatisme. Actuellement notre ami, quoique bien portant, a le teint pâle, les muqueuses sont un peu décolorées, il n'a pas la taille d'un jeune homme

(1) L'observation que nous publions ici est celle d'un de nos bons amis, âgé de seize ans et demi, qui a bien voulu se prêter à notre examen; nous tenons à lui en exprimer tous nos remerciements.

de seize ans. La tête est encore un peu grosse, enfoncement du sternum. Polydipsie qui date de la première enfance, les liquides ont toujours été donnés en grande abondance. Peu d'appétit le soir, normal et même exagéré le matin, fait encore quatre repas par jour. Alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de douleurs épigastriques. Indigestions de temps en temps avec vomissements, fièvre, céphalée. Dilatation de l'estomac, clapotage jusqu'à l'ombilic. Foie normal.

L'intérêt de cette observation réside dans l'évolution essentiellement latente de cette dyspepsie. Notre ami, malgré une forte dilatation d'estomac, n'en a jamais souffert et, quoique de santé délicate, il n'a guère été malade. Il a même été très surpris d'apprendre qu'il avait une dilatation d'estomac.

FORME CUTANÉE

Depuis bien longtemps, les cliniciens, et en particulier les dermatologistes, avaient été frappés de l'influence fâcheuse d'une mauvaise alimentation sur les manifestations cutanées, et M^e le Professeur Hardy, dans son traité des maladies de la peau, avait beaucoup insisté sur ces faits. Plus tard, Hébra (2) subordonnait également aux troubles de la digestion une grande partie des affections cutanées.

Kaposi (1), parlant de l'urticaire, s'exprime ainsi : « Chez les petits enfants, souvent l'urticaire qui se prolonge pendant des semaines et des mois, n'est autre chose que le reflexe d'un catharre chronique de l'estomac, provoqué par un mode défectueux d'alimentation,

(1) Kaposi. Traité des maladies de la peau.

(2) Hébra. Traité des affections de la peau. Tome I, p. 549.

mauvais lait, aliments gras, qui ne sont pas encore tolérés par l'estomac de l'enfant ».

M. Bouchard, dans ses nombreuses recherches sur la dilatation de l'estomac chez l'adulte, retrouve l'eczéma dans la proportion de 130/0.

Nous-même avons remarqué bien souvent des manifestations cutanées chez nos enfants dyspeptiques; nous en avons observé dans quinze cas sur soixante-seize observations.

Qui, d'ailleurs, n'a remarqué la fréquence extrême de l'urticaire au cours de l'embarras gastrique ou de l'indigestion, comme après l'ingestion de moules, de poissons avariés, de coquillages, etc ?

Aussi, dès 1884, M. Bouchard n'a-t-il pas craint d'avancer que l'urticaire est souvent d'ordre toxique.

M. Schwartz(1) explique la pathogénie de ces accidents cutanés par la production, dans le tube gastro-intestinal, de toxines qui passent dans le torrent circulatoire, et de là sont éliminées par le foie, le rein et la peau : « Chez les enfants atteints de gastro-entérite chronique, dit-il, les toxines formées dans l'estomac et l'intestin, à la faveur des putréfactions et des fermentations anormales, sont résorbées sur place par la muqueuse, passent dans le torrent circulatoire et arrivent à la surface tégumentaire où elles sont éliminées par les glandes. En présence de ces toxines qui ont des propriétés irritantes plus ou moins intenses, la peau réagit de façon variable, tantôt sous forme d'eczéma, tantôt sous forme d'urticaire, d'acné ».

Cette théorie, qui n'a pas été vérifiée, nous paraît très séduisante et peut se rapporter à un grand nombre de faits connus depuis longtemps par tous les observateurs. Souvent, il arrive, en effet, de voir des substances médicamenteuses ingérées s'éliminer en quantité assez notable par le tégument externe.

(1) Schwartz. Thèse de 1899. Dermatoses liées aux troubles gastro-intestinaux chez les enfants.

Chez l'enfant dyspeptique, dans la muqueuse gastro-intestinal est, en général, malade dans toute sa longueur, le tube digestif est envahi par les microbes saprophytes qui y trouvent un milieu favorable de culture et peuvent en devenant pathogènes, fabriquer des toxines ; « Une partie du lait ingéré, dit M. Marfan (1), ne subit pas les modifications qui lui permettent d'être absorbée et utilisée par l'organisme ; elle devient la proie des microbes saprophytes de l'intestin, et donne naissance à des substances toxiques ; et l'auto-intoxication est une des premières conséquences du trouble digestif. D'autre part, ce trouble de la digestion permet aux saprophytes de l'intestin d'acquies des propriétés nouvelles, et de devenir pathogènes, et si la barrière épithéliale n'est pas intacte les bactéries envahissent l'organisme : l'auto-infection est ainsi une autre conséquence possible de la dyspepsie chronique. De l'auto-intoxication et de l'auto-infection résultent des troubles nombreux et divers du côté de la peau, du côté des voies respiratoires, du système nerveux et des os. »

Nous avons en outre remarqué que ces manifestations cutanées sont des plus fréquentes chez les enfants nerveux ; rien d'étonnant à cela, car en général, ces enfants sont prédisposés par leur tempérament aux accidents du côté de la peau.

Envisagée sous cet aspect, la pathogénie des manifestations cutanées de la dyspepsie chronique nous amène tout naturellement à des conclusions très intéressantes touchant l'évolution de ces accidents.

Si nous considérons la durée indéfinie de la dyspepsie chronique de l'enfant, avec ses accidents aigus de temps à autre, ainsi que nous essaierons de le montrer au chapitre de l'évolution et du pronostic, nous verrons que telle est exactement la marche du prurigo chronique

(1) Marfan. — Mercredi médical. — 1894

de Hebra, manifestation cutanée la plus commune de la dyspepsie. Comme cette affection, en effet, le prurigo de Hebra, une fois établi, ne retrocéde pas et présente des poussées aiguës, correspondant le plus souvent à des excès alimentaires ou à des abus de boisson.

Pour saisir le lien qui unit l'urticaire prurigo chronique de Hébra, il faut suivre les enfants au dyspeptiques plusieurs années. Observés dès les premiers mois de leur naissance, ces petits malades, soumis à une alimentation défectueuse, et assez souvent de souche nerveuse, présentent des poussées d'urticaire aiguë survenant à la suite d'excès alimentaires. Cette urticaire est, général, passagère; dure un ou plusieurs jours, mais elle peut se reproduire après un intervalle plus ou moins long. Cette forme est sans aucune gravité et facilement curable; l'amélioration du régime suffit à prévenir d'autres poussées. Voici un exemple d'urticaire aiguë chez un dyspeptique.

OBSERVATION XXIX (1). — Fille de 9 mois, observée le 8 février 1889, est mal nourrie : elle prend en 24 heures un litre de lait non bouilli ; sans compter l'eau rouge, le pain trempé dans les sauces et autres aliments mauvais pour son âge. Depuis 6 ou 8 jours diarrhée fétide. Depuis hier, urticaire aiguë généralisée, nombreuses papules sur le tronc et les fesses, bouffissure avec rougeur de la face et des mains, démangeaisons très vives.

L'enfant a un gros ventre, sans qu'il soit possible de percevoir le bruit de clapotage. Pas de dent. Il existe enfin un opina ventosa du gros orteil gauche. Le père est mort tuberculeux, un frère de trois ans et demi est atteint de coxalgie. Donc urticaire aiguë, liée à une mauvaise alimentation chez une enfant à hérédité scrofulo-tuberculeuse.

(1) Observation présentée par M. Comby à la Société des Hôpitaux le 25 octobre 1889.

Mais si l'enfant n'est pas soigné, si le régime n'est pas amélioré, les poussées d'urticaire deviennent de plus en plus fréquentes ; en même temps, elles sont plus intenses, ont une durée plus longue et les démangeaisons deviennent insupportables. C'est l'urticaire à répétition, et, si on n'y met bon ordre, il devient impossible de saisir le temps de rémission qui sépare deux poussées : l'urticaire est devenue chronique.

OBSERVATION XXX (1). — Petite fille âgée de 3 ans et 9 mois, qui avait été soumise à l'allaitement mixte, d'où un certain retard dans la marche et l'évolution dentaire ; la première dent n'avait fait son apparition qu'à l'âge de 12 mois. Dans le courant de l'année précédente, j'avais déjà traité cette enfant comme rachitique et je lui avais prescrit des bains salés. Elle est née de parents vifs, emportés, nerveux ; elle-même a toujours été agitée, nerveuse et méchante. Les fonctions digestives laissent à désirer ; gros ventre avec clapotage épigastrique, constipation habituelle. Elle boit beaucoup, surtout de la bière. Il y a 4 mois, l'enfant a présenté des convulsions qui se sont reproduites pendant plusieurs jours. A la suite de ces convulsions des poussées quotidiennes d'urticaire, survenant surtout le soir et la nuit se sont montrées. C'est pour une de ces poussées que je suis consulté. Ayant fait déshabiller l'enfant, j'aperçois un certain nombre de plaques ortiées sur le tronc mais sans aucune lésion de grattage. Les démangeaisons sont très vives cependant. On ne peut pas dire que cette enfant ait actuellement du lichen agrius ; mais elle y viendra tôt ou tard. D'autre part, la persistance de cette urticaire et le prurit intense qui l'accompagne, s'expliquent bien par le nervosisme du sujet ».

(1) Observation présentée par M. Comby à la Société des Hôpitaux le 25 octobre 1889.

Enfin l'urticaire s'est installée à demeure chez un enfant dyspeptique ; parfois sous l'influence d'excès alimentaires et surtout d'excès de boisson, elle offre une recrudescence des plaques ortiées avec augmentation des démangeaisons. Un traitement bien suivi peut encore amener une rémission très notable et tout faire rentrer dans l'ordre. Mais telle n'est pas l'évolution normale de l'urticaire devenue chronique ; dans la généralité des cas, elle se transforme en une affection incurable : le prurigo de Hébra.

M. Comby (1) insiste beaucoup sur cette évolution particulière de l'urticaire. « On verra, dit-il, l'urticaire survenir dans la première enfance à l'occasion d'une mauvaise alimentation (allaitement artificiel, alimentation grossière et prématurée) ; cette urticaire, provoquée et entretenue par la dyspepsie, se répéter à intervalles de plus en plus rapprochés, puis s'installer définitivement sous forme d'urticaire chronique incurable. Au bout de quelques années, les lésions changent d'aspect ; les papules ortiées sont devenues rares ou manquent complètement ; à leur place on voit des papules lichénoïdes, des lésions de grattages, des fissures, des placards d'eczéma, quelquefois des pustules. La maladie ne mérite plus le nom d'urticaire ; c'est un prurigo ou un lichen avec démangeaisons atroces et persistantes. c'est le prurigo de Hébra ».

Dans le courant de notre année d'externat, notre maître, M. Comby nous a fait observer maintes fois des enfants dyspeptiques, porteurs de papules ortiées, et chez lesquels on trouvait aussi des éléments de prurigo de Hébra. Nous nous contenterons de citer quelques observations d'urticaire chronique et de prurigo de Hébra, sans entrer dans la description de cette maladie.

(1) Comby. — Société médicale des Hôpitaux 1889, L'urticaire chez les enfants,

M. Vidal a fait de cette affection une étude très intéressante relatée dans les annales de dermatologie du 25 mars 1886.

Nous ferons remarquer seulement que le prurigo chronique de Hébra procède chez l'enfant par poussées successives souvent en rapport avec des excès alimentaires ou des abus de boisson. Cette affection est susceptible d'une amélioration notable grâce à un traitement approprié ; mais au moindre écart de régime, le malade perd le bénéfice de plusieurs mois de traitement. Il nous est arrivé très souvent à l'hôpital de voir ces petits malades sensiblement améliorés, mais à peine ont-ils quitté le service de quelques jours, qu'ils retombent de nouveau, et le prurigo reprend de plus belle : le régime n'a pu être suivi.

OBSERVATION XXXI (1). — Le 19 décembre 1887, j'observais un petit garçon de 4 ans, nourri au sein par sa mère, ayant souffert beaucoup pendant sa première enfance : Bronchites, spina-ventosa, rachitisme. Actuellement l'enfant est dyspeptique ; il boit énormément, et présente un gros ventre avec clapotage épigastrique ; son sommeil est agité et interrompu par des cauchemars. Depuis 3 mois il souffre de demangeaisons atroces, accompagnées d'éruptions incessantes d'urticaire couvrant tout le corps. Au moment où j'examine l'enfant, il présente sur le tronc une série de larges papules ortiées sans lésions profondes de grattage. La maladie est encore de l'urticaire, et les lésions ne sont pas polymorphes : elles le deviendront probablement. Il est bon de relever ici l'association de l'urticaire chronique et de la tuberculose, attestée par le spina-ventosa signalé plus haut.

(1) Observation présentée par M. Comby à la Société Médicale des Hôpitaux le 25 octobre 1889.

OBSERVATION XXXII. — Augustine G..., nourrie au sein jusqu'à 9 mois, mais soumise ensuite à une alimentation mauvaise, est devenue rachitique et n'a pu marcher qu'à l'âge de 18 mois. Soignée et guérie de son rachitisme, elle est ramenée à la consultation pour une éruption prurigineuse du tronc et des membres qui a tous les caractères de l'urticaire. Cette éruption a débuté le 20 juillet 1885, sans cause appréciable ; l'enfant, qui était alors âgée de 2 ans, mangeait peu et demandait constamment à boire. Son ventre était énorme, souple, facile à palper dans tous les sens ; la succussion directe de la région épigastrique faisait entendre un bruit de clapotage qui s'entendait encore au-dessous de l'ombilic ; j'en avais conclu à une dilatation notable de l'estomac. Les déformations osseuses du rachitisme n'existaient plus. Mon diagnostic était à cette époque : urticaire aiguë, provoquée par les troubles digestifs, l'abus des liquides et la dilatation de l'estomac. Or cette urticaire a persisté depuis quatre ans et mérite, par conséquent, le nom d'urticaire chronique. J'ai revu l'enfant le 30 novembre 1888, elle avait alors 5 ans ; sa mère m'affirme qu'elle n'a cessé d'avoir des poussées d'urticaire et des démangeaisons vives depuis la première visite qu'elle me fit en juillet 1885. Aujourd'hui on aperçoit, sur le tronc principalement, des papules typiques d'urticaire et des taches très nombreuses, les unes rosées, les autres grises, quelques-unes fortement pigmentées ; au centre de ces taches pigmentées on rencontre, çà et là, des points blancs rappelant le vitiligo qui accompagne certaines macules de zona. Le nom d'urticaire chronique pigmentée ne me semble pas pouvoir être refusé à ce cas. Il existe quelques croûtelles sanguines dues au grattage, mais il est impossible de constater actuellement la présence d'éléments

(1) Observation présentée par M. Comby à la Société Médicale des Hôpitaux, le 25 octobre 1889.

lichenoides, ce qui ne veut pas dire que ce cas ne puisse, plus tard, offrir un nouvel exemple de prurigo de Hebra. L'enfant continue toujours à boire démesurément ; elle se réveille la nuit pour demander à boire ; elle a des terreurs nocturnes et sa mère me rappelle qu'elle a eu autrefois des convulsions. Le ventre est toujours gros et le clapotage épigastrique persiste. Diarrhée de temps à autre. J'ai donc pu, dans ce cas, assister au début et suivre dans son évolution une urticaire aiguë d'abord, puis à répétition, chronique et pigmentée, chez une petite fille rachitique, dyspeptique et buveuse. Les traitements employés : frictions avec une pommade à l'acide tartrique puis avec l'huile de foie de morue, diminution du taux des boissons, ont amélioré la situation,

Le 26 août 1889, je revois la jeune Augustine G... Elle aura bientôt 6 ans ; elle s'est développée. Depuis plusieurs mois elle ne souffre plus de ses démangeaisons et son corps ne présente que des macules pigmentaires sans traces de papules ni de lésions de grattage. La mère attribue cette guérison à l'usage des frictions avec l'huile de foie de morue. D'autre part, l'enfant est devenue plus raisonnable ; elle boit moins qu'elle ne faisait, son ventre est moins gros et sa dyspepsie moins intense. Voilà un cas d'urticaire chronique qui, contrairement aux prévisions énoncées plus haut, ne semble pas évoluer vers le prurigo de Hebra. J'ai eu tout récemment des nouvelles de l'enfant, elle paraît guérie.

OBSERVATION XXXIII (1). — Petit garçon de 3 ans qui aurait eu, d'après sa mère, des poussées d'urticaire peu de temps après sa naissance. Élevé au biberon, l'enfant n'a commencé à marcher qu'à 17 mois ; il est rachitique. Aujourd'hui encore, l'enfant conserve un ventre énorme

(1) Observation présentée par M. Comby à la Société médicale des Hôpitaux, le 25 octobre 1889,

avec dilatation d'estomac ; il est très vorace et boit beaucoup. Il a des démangeaisons atroces, et quand il est déshabillé, on aperçoit des papules d'urticaire, des papules de lichen excoriées par le grattage, et des papules plus récentes, miliaires au niveau des mains. Les papules d'urticaire reviennent par poussées, surtout en été. En somme, la maladie, qui a commencé comme l'urticaire, a abouti à une éruption prurigineuse polymorphe, qui rentre dans le prurigo de Hébra.

OBSERVATION XXXIV (1). — Blanche M..., était âgée de 19 mois quand je la vis pour la première fois au dispensaire de la Villette (1884). Depuis l'âge de 11 mois, elle souffrait de démangeaisons presque continuelles, accompagnées d'éruptions ortiées manifestes. Faisant déshabiller l'enfant, je constate la présence de très nombreuses papules d'urticaire, avec quelques lésions de grattage sur le tronc et sur les membres. Cette fillette, soumise à l'allaitement mixte, a marché tard et présente des déformations osseuses habituelles au rachitisme. De plus, son ventre est très gros, et la succussion méthodique de la paroi épigastrique fait entendre un bruit de clapotage qu'on perçoit encore au-dessous de l'ombilic. Il semble donc que l'estomac soit très dilaté. D'ailleurs, l'enfant est extrêmement vorace et demande sans cesse à boire ou à manger ; elle boit surtout énormément. A cette époque, je prescrivis un régime plus sobre, la diminution des boissons, et des bains vinaigrés qui restèrent sans effet.

Au mois de juillet 1885, l'enfant est dans le même état et souffre toujours de son urticaire et de fortes démangeaisons. Elle avait peu grandi et souffrait de l'estomac ; il est vrai que son régime alimentaire avait été peu surveillé ; elle continuait à boire démesurément, aussi bien la nuit que le jour. Le ventre restait gros, et

(1) Idem,

le clapotage épigastrique occupait la même étendue. J'insistai de nouveau sur l'importance du régime et j'obtins le rationnement des liquides.

Le 28 novembre 1887, l'enfant revient au dispensaire dans une période d'amélioration ; elle a peu de démangeaisons, elle n'a plus de papules d'urticaire ; mais elle offre des papules petites, arrondies, les unes intactes, les autres excoriées par le grattage et il est impossible de ne pas penser au prurigo de Hébra. Le volume du ventre a diminué ; la dilatation gastrique est moins étendue.

Un an plus tard (novembre 1888), je suis consulté de nouveau pour cette enfant, qui présente une recrudescence de son éruption prurigineuse. Il n'y a plus une seule plaque ortiée, mais de nombreuses papules, petites, arrondies ou acuminées, les unes nettes, les autres couvertes de sang desséché, avec quelques placards d'apparence eczémateuse. La transformation de l'urticaire chronique en prurigo de Hébra me paraît complète.

Le 1^{er} avril 1889, on me ramène l'enfant, non pas pour son éruption, qui, devenue chronique, n'inquiète plus les parents, mais pour une légère blépharo-conjonctivite de date récente. Actuellement, d'ailleurs, le prurigo est dans une phase de rémission ; les papules sont rares, et les démangeaisons, bien que toujours vives ne sont pas suivies de grattages bien énergiques. L'enfant, qui a aujourd'hui 6 ans $\frac{1}{2}$, est très petite ; elle a le développement d'une enfant de 4 ans ; elle est toujours polydipsique.

OBSERVATION XXXV. — Louis..., âgée de 8 ans, se plaint d'une éruption prurigineuse généralisée à tout le corps. Cette éruption qui date de plusieurs années, présente, par intervalles, des périodes d'amélioration, suivies d'exacerbations. Elle est caractérisée par des papules excoriées et recouvertes de croûtelles saignantes. On remarque des taches pigmentaires disséminées sur tout le corps. — L'en-

fant est soignée depuis plusieurs semaines pour de la gale mais le traitement n'a amené aucune amélioration ; les lésions sont très disséminées, sans occuper les sièges de la gale ; on ne trouve aucun sillon. Cet enfant a marché très tard ; il a toujours eu de la diarrhée. C'est un rachitique, avec une tête volumineuse, un thorax évasé ; un ventre énorme ; saillant, avec éventration ; les membres grêles et les épiphyses saillantes. — Il est pâle et anémie. A toujours été grand mangeur et grand buveur. N'a ni nausées ni vomissements. — La nuit il est agité, mais n'a pas de terreurs nocturnes. — Incontinence nocturne d'urine. Pas de céphalée. L'estomac est très dilaté ; clapotage et tympanisme jusqu'à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. Traitement ordinaire.

OBSERVATION XXXVI. — Albert F..., âgé de 10 ans, a été nourri au biberon. Un mois environ après sa naissance, apparition de boutons à la face. A 2 ans, éruption prurigineuse sur les membres inférieurs, ayant persisté jusqu'aujourd'hui, avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. Cette éruption, au début, nous dit la mère, ressemblait à de l'urticaire. — Le 25 avril 1898, l'enfant nous est amené. Il présente sur les membres inférieurs des éléments éruptifs prurigineux polymorphes : les uns sous forme de placards d'eczéma, les autres ressemblant aux petites taches pigmentaires, suite de grattages prolongés. Les membres supérieurs ont très peu de taches. Accès asthmatiformes de temps en temps la nuit. L'enfant présente des troubles gastriques évidents ; il a toujours été grand buveur ; son appétit est très irrégulier ; il est habituellement constipé. La percussion de la région épigastrique dénote du clapotage stomacal descendant jusqu'à l'ombilic. Il est soumis au traitement habituel.

FORME NERVEUSE

Nous avons observé bien des fois, cette année, à la consultation des Enfants-Malades, des enfants se plaignant soit de douleurs diffuses dans les membres, soit de points douloureux dans l'hypochondre gauche soit de douleurs névralgiques intercostale et lombaire accompagnées parfois de zona. En même temps, nous faisions remarquer les parents, ces petits malades éprouvaient de la fatigue au moindre exercice, ils ne partageaient pas les jeux bruyants de leurs camarades, en un mot ils étaient paresseux et semblaient plongés dans une sorte de torpeur d'où ils ne voulaient pas sortir. Dans l'entourage, on attribuait ces douleurs et cet état particulier à la croissance et souvent un médecin consulté avait conseillé des phosphates.

L'huile de foie de morue, les phosphates et tous les toniques connus, employés pendant plusieurs mois, n'avaient apporté aucune amélioration à l'état de l'enfant et avaient réussi à décourager la famille. Mais, en observant de plus près ces enfants, en faisant un examen méthodique de tous les appareils, on arrivait facilement à se convaincre que la croissance n'était pour rien dans l'état de ces malades, nous avions au contraire sous les yeux, le tableau de la dyspepsie à prédominance de troubles nerveux. En interrogeant la mère, on apprenait que l'enfant avait été élevé artificiellement ou nourri d'une façon défectueuse, qu'il avait toujours été grand buveur, et qu'il était habituellement constipé. L'examen physique amenait la découverte d'une dilatation d'estomac plus ou moins prononcée.

Le traitement rationnel de la dyspepsie était alors institué, et il était curieux de remarquer avec quelle rapi-

dité tous ces accidents nerveux : douleurs diffuses, névralgies etc, cédaient au régime, alors qu'un traitement tonique et fortifiant prolongé avait été sans action.

Étudions maintenant avec quelques détails tous ces accidents dont la fréquence dans la dyspepsie infantile n'est plus à démontrer.

Nous serons bref sur les points douloureux de l'hypochondre gauche dont nous avons vu l'origine plus haut, et sur les douleurs diffuses dans les membres. Celles-ci sont des plus fréquentes et gênent l'enfant dans la marche, demandons-lui le siège de ces souffrances, il lui sera impossible de le préciser.

Les névralgies et en particulier la névralgie lombaire ont été notées par nous dans 8 observations; M. Comby a même observé 2 cas de névralgie sciatique en relation avec une dyspepsie ancienne. Ces névralgies peuvent aussi, comme chez l'adulte, être accompagnées de zona qui, chez l'enfant, présente une allure tout à fait spéciale et caractéristique. « Tout le monde a vu, chez les personnes d'un âge avancé, dit M. Comby (1), des zonas suivis de douleurs intolérables contre lesquelles on épuise toute la série des révulsifs et des narcotiques. L'acuité et la persistance des douleurs névralgiques font du zona, en pareil cas, une affection très sérieuse; chez les enfants rien de semblable. L'éruption guérie, tout est terminé. La névrite ailleurs si bruyante, est ici absolument silencieuse et latente. Les névralgies sont presque inconnues dans l'enfance; elles ne commencent à se montrer que chez les adolescents et n'atteignent leur épanouissement que chez les adultes. A peine si on note chez l'enfant quelques démangeaisons, quelques sensations vagues de brûlure ou de piqure qui n'ont rien de spécial au zona et peuvent s'observer dans le cours d'autres dermatoses.

Chez beaucoup d'enfants, la découverte du zona, loin

(1) Comby : Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux 1891.

d'être annoncée par des prodromes fébriles est simplement l'effet du hasard. C'est en déshabillant l'enfant qu'on s'aperçoit qu'il est malade, il avait mangé, joué comme d'habitude, rien ne pouvait faire prévoir le zona ». On trouvera plus loin 4 observations de zona chez des enfants dyspeptiques.

De tous les accidents nerveux de la dyspepsie, la céphalée est de beaucoup le plus fréquent, nous l'avons rencontrée dans 29 observations. Nous n'en avons observé que 5 cas au-dessous de 7 ans, elle est donc assez rare au-dessous de cet âge, mais, à partir de cette époque, elle devient de plus en plus fréquente. Elle est surtout très accusée chez une catégorie de jeunes enfants, nous voulons parler des écoliers et des collégiens. Elle peut dans ces cas acquérir une intensité telle, qu'elle mette un sérieux obstacle à la continuation des études.

La céphalée affecte dans son évolution une marche tout à fait irrégulière; elle procède d'abord par paroxysmes de durée variable, pour devenir plus tard presque quotidienne. Après avoir tourmenté le malade un, deux et parfois même trois mois, elle disparaît pour faire une nouvelle apparition après un intervalle plus ou moins éloigné.

En général diurne, la céphalée ne tourmente pas le malade la nuit, dans un cas pourtant (observation XXXVIII) nous l'avons vue survenir la nuit pour disparaître dans la journée. Parfois matutinal, elle se déclare le plus souvent dans le courant de la journée. En général plus vive pendant les deux heures qui précèdent les repas, elle s'atténue au premier contact des aliments avec la muqueuse digestive, pour s'exagérer une à deux heures après les repas, pendant le travail de la digestion. Elle est exagérée par les classes, les études et parfois même les longues promenades. La céphalée des dyspeptiques se distingue facilement de la migraine en ce qu'elle n'est pas hémicranienne, mais occupe toute la tête. Souvent même

les enfants accusent des points plus douloureux, en particulier au front et aux tempes.

Dans des cas très rares à la céphalée, peuvent s'ajouter d'autres accidents plus graves, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille (observation XLVIII).

Enfin comme dans l'observation LIV l'enfant dyspeptique peut présenter des convulsions éclamptiques faisant leur apparition dès les premières années de la naissance, pour se prolonger jusqu'à l'âge de 9 et 10 ans comme dans notre observation, tout en devenant de plus en plus rares. Mais ces accidents sont relativement peu fréquents, aussi n'y insisterons nous pas plus longtemps.

L'enfant dyspeptique, sujet à la céphalée, trouverait dans un sommeil tranquille un réparateur puissant de ses forces et de ses fonctions digestives. Il en est bien rarement ainsi et ce petit malade que nous avons vu tourmenté, le jour, par des maux de tête, s'endort difficilement, il est agité et son sommeil est interrompu par des rêves, des cauchemars et des terreurs nocturnes. Ce dernier accident, assez frappant, nous l'avons observé dans 21 cas. N'ajouterons rien à l'admirable description qu'en a faite M. le Docteur Moizard dans le traité des maladies de l'enfance (1). Avec lui, nous pensons que la dyspepsie exerce une influence de premier ordre sur l'apparition des terreurs nocturnes. Nous n'avons pas la prétention de faire jouer à la dyspepsie un rôle absolument prépondérant dans la production de ces accidents et d'écarter la prédisposition nerveuse. Comme bien d'autres observateurs, nous avons trouvé une tare nerveuse dans les antécédents de ces enfants, soit l'histérie, l'épilepsie ou l'alcoolisme. Dès les premières années de leur naissance, ces enfants présentent tous les signes d'une excitation cérébrale intense, criant et pleurant à tout propos, ne pouvant rester en place.

(1) Traité des maladies de l'enfance par MM. Comby et Marfan, tome IV.

Plus tard cette surexcitation cérébrale persiste et ce sont précisément ces enfants nerveux qui, devenus dyspeptiques par une mauvaise alimentation, présentent des accidents nerveux, Ici encore, la dyspepsie agit sur les cellules cérébrales grâce à l'élaboration des toxines dans le tube gastro-intestinal. Or, si on veut bien se rappeler l'affinité particulière des toxines pour le système nerveux, on comprendra l'extrême fréquence de ces accidents chez les enfants dyspeptiques.

OBSERVATION XXXVII. — Pierre H..., âgé de 3 ans nous est présenté le 20 mai 1898 pour des maux de tête survenant aussitôt après le repas du soir et ne disparaissant que vers 10 heures. Cette céphalalgie que l'enfant localise surtout dans la région temporale des 2 côtés, paraît être très violente. Elle dure depuis un an et n'apparaît que d'une façon intermittente, durant quelques jours et parfois même quelques semaines, pour disparaître ensuite un ou deux mois. Fièvre de digestion à type vespéral quotidien depuis 15 jours; terreurs nocturnes, agitation, cauchemars. Polyphagie et Polydipsie. Pas de diarrhée ni de constipation. Gros ventre avec légère éventration. Thorax en gouttière. Dilatation énorme de l'estomac qui descend à un travers de doigt au dessous de l'ombilic, clapotage stomacal. La mère de l'enfant est nerveuse, très émotive et a eu quelques crises hystériformes. —, Elevé au biberon à la campagne, l'enfant est très chétif, maigre, on lui donne alors une nourrice jusqu'à 14 mois. Marche à 14 mois. traitement ordinaire. Revu le 24 juin. La céphalée, fièvre de digestion et les terreurs nocturnes ont disparu; la polyphagie et la polydipsie sont beaucoup moins accusées, le clapotage persiste au dessous de l'ombilic.

Revu le 29 décembre, l'enfant se porte à merveille, tous les symptômes nerveux ont cédé au traitement; des symptômes gastro-intestinaux il ne reste que quelques

renvois. L'estomac est encore dilaté, il descend à l'ombilic et semble donc avoir diminué de volume.

OBSERVATION XXXVIII. — Charlotte S... âgée de 5 ans a été nourrie au sein pendant 16 mois; et à partir de cette époque a mangé comme ses parents. Première dent à 6 mois; marche à 15 mois. Pas de signes de rachitisme. A 2 ans oreillons. Vers cette époque, diarrhée qui dure 3 semaines. A 2 ans également, apparaît une céphalée nocturne qui tourmente l'enfant pendant plusieurs nuits de suite et disparaît quelques temps. Actuellement la céphalée persiste encore, intermittente et semble alterner avec la diarrhée, elle dure 2 à 3 semaines pour disparaître ensuite. Terreurs nocturnes. Appétit très capricieux. Polydipsie boit beaucoup en dehors des repas. Fièvre de digestion. Dilatation de l'estomac, tympanisme et clapotage jusqu'à l'ombilic. Soumise au régime.

Dans cette observation, on voit les troubles gastro-intestinaux débiter à 2 ans, c'est-à-dire au moment où l'estomac de l'enfant sain jusque-là, est surchargé par une nourriture trop abondante. L'enfant ne devient dyspeptique qu'après le sevrage.

OBSERVATION XXXIX. — Cécile B... âgée de 5 ans 1/2 a été élevée au biberon à la campagne. Bronchite chronique depuis sa première enfance. Rougeole à 4 ans; Scarlatine à 4 ans 1/2. Père rhumatisant, mère migraineuse. L'appétit de cette fillette est très capricieux. Polydipsie, boit beaucoup en dehors des repas, eau, rougie et vin de raisin sec. Agitation la nuit, terreurs nocturnes. L'enfant se plaint surtout d'une céphalée persistante, presque continue. Accès d'oppression survenant de préférence après les repas; bouffées de chaleur et pesanteur à l'estomac après les repas. Fièvre de digestion le soir. Nausées de temps en temps, pas de vomissements. Tendance à la constipation, selles lientériques. Enfant faible,

pâle ; décoloration légère des muqueuses. Sternum très enfoncé. Examinée le 27 juin 1898 on trouve une dilatation d'estomac jusqu'à l'ombilic ; le foie dépasse le rebord costal de 2 travers de doigt. Soumise au traitement. Revue le 27 octobre 1898, l'enfant a bonne apparence, elle a des couleurs, les muqueuses ont leur aspect normal. La céphalée et les terreurs nocturnes sont beaucoup moins fréquentes. Encore quelques accès d'oppression de temps en temps après les repas. Appétit normal. La polydipsie et la constipation n'ont pas encore cédé. Quelques douleurs épigastriques.

Le foie ne dépasse plus le rebord costal, l'estomac est encore dilaté et on perçoit du clapotage jusqu'à l'ombilic.

OBSERVATION XL. — D..., âgée de 8 ans, née d'un père ichthyosique et tuberculeux mort il y a 4 ans et d'une mère qui a eu une pleurésie il y a 5 ans, a été élevée à la campagne au lait de chèvre avec un biberon à long tube. A 15 mois, la mère la reprend et lui fait manger de tout, elle boit du vin pur, du café. Avait un gros ventre et était généralement constipée. A marché à un an. Rougeole à 2 ans, varicelle à 2 ans et 1/2, coqueluche à 3 ans. Depuis 2 mois, amaigrissement, perte d'appétit, soit toujours vive ; douleurs constantes dans les deux côtés ; céphalée ; rêves la nuit, terreurs nocturnes : l'enfant a de véritables hallucinations, elle voit des serpents et des souris sur son lit. Enfant très nerveuse. — Ichthyose congénitale du corps et de la face, ichthyose cornée de l'ombilic.

Examinée le 9 mars 1897, on constate un thorax asymétrique et un ventre assez gros (rachitisme).

OBSERVATION XLI. — Reine H..., âgée de 7 ans et 1/2, vient nous consulter le 6 octobre 1898, pour une céphalée tenace, existant depuis le mois de mars 1898. Cette céphalée gêne l'enfant aussi bien le matin en se levant, que le

soir après le repas. Cette fillette est très nerveuse, très irritable depuis sa naissance; elle a été, dit sa mère, très difficile à élever se roulant à terre, criant et pleurant par accès. Agitation la nuit, cauchemars. Fièvre de digestion. Polyphagie et polydipsie, boit beaucoup en dehors des repas, eau rougie et vin de quinquina. Tendance à la diarrhée. Cette enfant née avant terme, à 8 mois et 1/2 a été nourrie au sein maternel pendant 3 mois. puis mise au biberon. Première dent à 7 mois. Marche à 14 mois. Vomissements fréquents dans les premières années. Bronchites à répétition les 3 premières années. Pneumonie en mars 1898. Actuellement, l'enfant présente un léger aplatissement latéral du thorax. Dilatation d'estomac, tympanisme et clapotage jusqu'à l'ombilic. Soumise au régime.

Revue le 16 novembre 1898, la fillette a fait depuis sa dernière visite une maladie infectieuse exanthématique, qui paraît être la scarlatine.

Elle est pâle et amaigrie, se plaint encore de céphalée surtout le matin. La polyphagie et la polydipsie persistent. Elle a encore des alternatives de diarrhée et de constipation.

En somme, l'affection aiguë présentée par cette fillette dans le cours du traitement de la dyspepsie, ne lui a pas permis de suivre le régime recommandé, aussi dans ce cas ne constatons-nous aucune amélioration.

OBSERVATION XLII. — Émile D..., âgé de 8 ans, vient nous trouver le 30 mai 1898 pour de violents maux de tête survenant depuis 6 ans sous forme d'accès une ou deux fois par mois. Cette céphalée a augmenté depuis que l'enfant va à l'école, elle s'accompagne de douleurs dans les tempes, de photophobie, vomissements et l'enfant est obligé de s'aliter 24 heures environ. En dehors de ces accès typiques de migraine, l'enfant a de la céphalée presque journellement après les repas. Fièvre de diges-

tion. Pas de terreurs nocturnes. Père migraineux. Nourri au sein jusqu'à 22 mois, on lui donnait en même temps, dès les premiers mois de sa naissance, de la soupe, panade, farine lactée, phosphatine, etc... Première dent à 7 mois, marche à 12 mois. Un peu de diarrhée la première année. Rougeole et coqueluche à 2 ans, pneumonie à 5 ans. Bronchites à répétition. Actuellement, l'enfant a un appétit capricieux, il mange beaucoup de pâtisseries. Polydipsie, boit du vin presque pur. Eructations fréquentes. Alternatives de diarrhée et de constipation. Stigmates de rachitisme : épiphyses saillantes. Enfant petit, pâle, maigre, anémié. Dilatation d'estomac avec tympanisme et clapotage jusqu'à l'ombilic. Soumis au traitement.

Revu le 26 octobre 1898, cet enfant n'est pas amélioré, la migraine et la céphalée persistent, l'appétit est irrégulier, le ventre est très gros, souple. L'estomac est tout au moins aussi prononcé qu'en mai dernier, on perçoit du tympanisme et du clapotage à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En interrogeant la mère, on apprend que l'enfant n'a pas suivi son régime et surtout qu'il boit beaucoup, soit aux repas, soit en dehors des repas, il boit même en cachette.

OBSERVATION XLIII. — Pierre et Fernand R..., deux frères, âgés celui-ci de 8 ans, celui-là de 9 ans 1/2, se plaignent de violents maux de tête depuis 5 ans environ. Cette céphalalgie apparaît sous forme d'accès, surtout après le repas du soir et parfois aussi dans la journée : elle est plus accusée chez l'aîné qui, du reste, est le plus nerveux. Agitation, cauchemars la nuit. Pas de terreurs nocturnes. Ces deux enfants, dont le père est migraineux, ont été élevés au biberon à la campagne, l'aîné a marché tard et le cadet vers 12 mois. Ils sont très nerveux. Vomissements alimentaires assez souvent. Alternatives de diarrhée et de constipation. Entérite muco-membraneuse, glaires et membranes dans les selles. Eructations

fréquentes. Polyphagie, appétit exagéré, surtout le matin. Polydipsie, boivent beaucoup au moment et en dehors des repas. Tête volumineuse, aplatissement latéral du thorax. Ces deux enfants sont maigres, petits et n'ont pas la corpulence des enfants de leur âge. Pâleur des muqueuses. L'ainé présente une dilatation de l'estomac très prononcée : clapotage perçu à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'estomac de l'autre est moins dilaté et descend à l'ombilic. Même traitement pour les deux.

OBSERVATION XVIV. — Augustine B..., âgée de neuf ans et demi, élevée au biberon à la campagne, a été très mal nourrie, on lui a donné des soupes, de la panade dès les premiers mois. Vomissements fréquents la première année. Première dent à 14 mois, marche à 18 mois. Signes de rachitisme : inflexion des jambes, gonflement des épiphyses. A 2 ans, anasarque à la suite d'une fièvre ayant duré 9 jours. Rougeole à 3 ans. Le père de l'enfant est rhumatisant et aurait de l'albumine dans les urines. L'enfant a toujours eu beaucoup d'appétit, est très vorace et mange en dehors des repas. Polydipsie, boit en dehors des repas, eau et vin, vin de quinquina. A toujours été très nerveuse : excitation cérébrale dans sa première enfance. Agitation, cauchemars la nuit, terreurs nocturnes. Strabisme convergent. Céphalalgie assez fréquente, le plus souvent avant les repas et se calme après les repas. Fièvre de digestion. Indigestions de temps en temps. Vomissements parfois. Pas de douleurs épigastriques ni abdominales. Éructations fréquentes. La maman a remarqué dans les selles des matières blanches, glaireuses, ressemblant à des crachats (entérite muco-membraneuse). Dilatation de l'estomac, clapotage à l'ombilic. Foie normal. Soumise au traitement ordinaire.

Revue le 8 novembre 1898, la fillette ne présente plus

de troubles gastro-intestinaux, la polydipsie, la polyphagie et les vomissements ont disparu. Les selles sont normales. La céphalée a beaucoup diminué, la fillette est encore agitée la nuit. L'estomac est encore dilaté, il descend à l'ombilic. En somme, amélioration considérable des troubles fonctionnels.

OBSERVATION XLV. — Maurice B..., âgé de 11 ans 1/2, vient nous consulter le 7 octobre 1898 pour une céphalée intermittente assez intense, apparaissant surtout après le repas du soir et datant de plusieurs années. Depuis trois ans environ, l'enfant se plaint aussi de douleurs névralgiques dans l'hypochondre gauche présentant comme les maux de tête des moments d'accalmie suivies d'exacerbations. Depuis quelques jours, les douleurs sont localisées plutôt dans la région lombaire droite. Ce jeune garçon, dont le père a des accès de migraine très caractéristiques, a été élevé au biberon à la campagne. Alternatives de diarrhée et constipation dans la première enfance. A marché de bonne heure. A toujours été polyphagique et polydipsique, à 3 semaines, nous dit la mère, il buvait 2 litres de lait par jour et à un an il mangeait de la viande; actuellement il boit assez souvent du café, Rougeole à 6 ans, coqueluche à 7 ans. Depuis l'âge de 3 ans, bronchites à répétition. Agitation et cauchemars la nuit. Fièvre de digestion, diarrhée de temps en temps. Sternum légèrement enfoncé entre les cartilages costaux. Dilatation de l'estomac, clapotage à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Foie normal. Traitement ordinaire.

Revu le 31 octobre 1898, cet enfant s'est amélioré. L'agitation nocturne et la fièvre de digestion persistent, les douleurs lombaires ont diminué d'intensité, la céphalée et la polydipsie ont cédé au traitement; l'estomac a conservé sa capacité d'autrefois.

OBSERVATION XLVI. — Marie M..., âgée de 12 ans 1/2 a été nourrie au sein maternel jusqu'à 5 mois puis mise au biberon jusqu'à 13 mois ; à partir de cette époque, elle a mangé comme ses parents. Marche à 15 mois. Rougeole à 6 ans, pneumonie à 8 ans. Actuellement, alimentation très défectueuse. Boit journellement 1/2 litre de vin de raisin sec coupé de vin ordinaire. Alternatives de diarrhée et de constipation. Nausées et vomissements fréquents. Céphalalgie assez souvent dans la journée. L'enfant est très faible, elle se plaint de fatigue et de douleurs dans les 2 jambes qui seraient enflées le soir depuis 15 jours. Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur, rien dans la poitrine.

OBSERVATION XLVII. — Marguerite R..., âgée de 13 ans, dont le père est alcoolique vient nous trouver pour de violentes douleurs abdominales survenant par accès tous les mois depuis 3 ans. Chacun de ces accès est accompagné de vomissements alimentaires de céphalée peu violente, pas de migraine. Depuis quelque temps, ces crises douloureuses reviennent plus fréquemment, environ 2 fois par mois. Il y a quelques jours, l'enfant a eu aussi des douleurs épigastriques elle avait la sensation de barre. Cette fillette a été élevée au sein jusqu'à 20 mois, puis elle a eu le biberon, n'était pas réglée dans ses tétées, prenait le sein très souvent, était très vorace. Elle commence à manger à 2 ans. Constipation dans sa première enfance. Excitation cérébrale. Marche à 18 mois ; gros ventre. Rougeole à 20 mois avec bronchite consécutive et depuis lors, bronchite tous les hivers. Coqueluche à 2 ans ; fièvre typhoïde à 7 ans. Perte d'appétit depuis très longtemps ; constipation habituelle. A bu beaucoup de vins toniques. Thorax bombé en avant. Foie normal ; estomac dilaté, clapotage perçu à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Régime ordinaire.

OBSERVATION XLVIII. — Charles S... [âgé de 14 ans a été nourri au biberon jusqu'à 18 mois et a marché à cette époque. Il avait fréquemment la diarrhée dans sa première enfance. Le ventre était très gros. Rougeole à 2 ans et coqueluche à 3 ans. Actuellement une céphalée assez violente, surtout matutinale le tourmente. Il se plaint aussi de douleurs abdominales assez vives, localisées dans les flancs droits et gauche, ces douleurs sont intermittentes (névralgie lombaire). — Agitation la nuit, terreurs nocturnes. Parfois étourdissements et bourdonnements d'oreilles. Depuis très longtemps Polyphagie et Polydipsie, boit beaucoup en dehors des repas, accuse une sensation de soif presque continue. Mange très vite. — Accès d'oppression parfois. — Pas de troubles gastro-intestinaux. Stigmates de rachitisme, aplatissement latéral du thorax et sternum proéminent (poitrine de poulet). Le foie est normal. L'estomac est très dilaté, on trouve du clapotage stomacal à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Traitement ordinaire.

OBSERVATION XLIX. — Apolline B..., âgée de 14 ans 1/2, dont le père est rhumatisant, se plaint de douleurs névralgiques dans le côté gauche depuis 15 jours (névralgie lombaire et intercostale). Cette fillette grande, pâle, maigre, n'est pas encore réglée, elle est très nerveuse (excitation cérébrale dans la première enfance). — Céphalée fréquente, presque tous les jours après le repas de midi. Cauchemars la nuit. Appétit capricieux : Polydipsie, boit beaucoup au moment et en dehors des repas, environ 2 litres par jour. Embarras gastrique assez souvent. Fièvre de digestion. Alternatives de diarrhée et de constipation. Eructations fréquentes. Dilatation de l'estomac, clapotage et tympanisme à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Rein mobile à droite. Cette fillette a été nourrie au sein maternel jusqu'à 17 mois, mais d'une façon tout à fait irrégulière, car la mère travaillant à

l'atelier, partait le matin à 7 heures pour ne revenir qu'à 11 heures. — Première dent à 8 mois; marche à 13 mois. — Diarrhée dans la première année. Après le sevrage, elle est soumise à un régime alimentaire très défectueux, et buvant beaucoup. — Traitement ordinaire.

Revue le 15 octobre, la fillette a très bonne apparence. L'appétit est normal. La Polydipsie et les vomissements ont cédé; elle éprouve encore quelques douleurs névralgiques des 2 côtés et de la céphalée de temps à autre. — Alternatives de diarrhée et de constipation. L'estomac dont on retrouve la limite inférieure à l'ombilic semble donc avoir diminué de capacité.

OBSERVATION L (1). — Le 11 mai 1887, une petite fille de 4 ans, assez bien portante d'ordinaire, m'est conduite pour une éruption de date récente et tout à fait caractéristique. Il y a 3 jours que des vésicules petites et arrondies ont commencé à paraître sur le milieu de la fesse gauche (zona). Aujourd'hui toute cette région fessière est recouverte par un placard composé de groupes vésiculeux et pustuleux; au milieu de ces groupes qui, dans leur totalité, comprennent plus de 150 éléments distincts, on aperçoit une grosse bulle phlycténoïde qui rappelle absolument la brûlure au second degré. Il existe un peu de fièvre et l'enfant a quelques vomissements; il est impossible de trouver, à la pression, un point douloureux, mais l'enfant présente une légère claudication. Mise en garde après sa naissance, cette fillette a beaucoup souffert, elle n'a marché qu'à 20 mois et a conservé un gros ventre avec clapotage au niveau de l'ombilic.

(1) Observation publiée par M. Comby dans la revue des Maladies de l'Enfance 1889. Le zona chez l'enfant.

OBSERVATION LI (1). — Le 23 août 1889, un enfant âgé de 5 ans et 4 mois était conduit au dispensaire pour des boutons situés au côté gauche de la poitrine. Ayant fait déshabiller le petit malade, je constate la présence d'un groupe de vésicules flétries et desséchées au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche ; ce groupe est arrondi et assez large (diamètre d'une pièce de 5 francs) ; un deuxième groupe beaucoup plus petit siège en avant, sur l'hypochondre, tout près des fausses côtes gauches. (Zona) Dans l'intervalle de ces 2 placards inégaux, il n'y a aucun trouble de la sensibilité cutanée, pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie au contact ni au pincement.

L'éruption aurait débuté, d'après la mère, 8 jours auparavant et je n'assiste qu'à son déclin. Au début, il y avait un peu de fièvre caractérisée par du malaise, de l'anorexie, de la soif, des sueurs nocturnes. Comme antécédents morbides, je note une dyspepsie chronique avec lenteur dans les digestions, constipation fréquente, anorexie, polydipsie. A l'aide de la percussion directe, l'enfant étant couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, on perçoit nettement le bruit de clapotage dans toute la région épigastrique et au niveau de l'ombilic. Il existe donc une dilatation de l'estomac assez notable. D'autre part, l'enfant serait nerveux et irritable, son père également nerveux serait sujet à des colères et à des emportements injustifiés, la mère est saine.

OBSERVATION LII (1). — Le 11 septembre 1889, je prenais l'observation d'une jeune fille, grande, élancée, maigre et pâle, qui présentait depuis 4 jours une éruption limitée au côté droit de la poitrine, Cette enfant âgée de 10 ans, est nerveuse (anesthésie du pharynx) ; elle est orpheline (père et mère morts jeunes de tuberculose). Enfin elle a toujours souffert de l'estomac : digestions lentes, anore-

(1) Observation publiée par M. Comby dans la revue des Maladies de l'enfance 1889.

xie, soif vive, polydipsie habituelle, signes d'ectasie gastrique. Faisant déshabiller la malade, je constate la présence d'une demie ceinture presque continue, suivant le trajet du quatrième espace intercostal droit; des groupes nombreux de vésicules reposent sur des surfaces rouges et ne sont séparés les uns des autres que par des intervalles inappréciables; le groupe le plus antérieur débordé le bord gauche du sternum, le groupe postérieur, au contraire, n'atteint pas la colonne vertébrale. Au dessus et en dehors du sein droit existe un groupe isolé, plus ancien que les autres, figurant une large phlyctène à contours irréguliers; c'est par là que le zona a commencé, il y a 4 jours, au milieu d'un état général marqué par du malaise, de la fièvre (114 pulsations), de l'anorexie, des sucurs nocturnes. L'enfant accuse quelques picotements au niveau des vésicules, mais il n'a pas de douleur névralgique spontanée ou provoquée par la pression. Je cherche à faire naître cette douleur en promenant mon doigt sur le trajet du nerf intercostal correspondant, je n'obtiens aucune sensation pénible.

OBSERVATION LIII (1). — Un enfant âgé de 5 ans et 8 mois se présente le 4 septembre 1889, au dispensaire pour une éruption de la cuisse gauche qui date de 4 ou 5 jours. Quand on l'a fait déshabiller, on constate la présence de placards vésiculeux arrondis, les uns larges formés par le groupement de 10 à 20 éléments, les autres petits ne comptant que 2 à 4 vésicules herpétiques. Tous ces placards sont séparés par de larges intervalles de peau saine; la peau n'est pas douloureuse et l'enfant n'accuse spontanément aucune souffrance. Les groupes herpétiformes sont ainsi répartis sur toute la longueur de la cuisse : 5 à la face antérieure, 3 à la face postérieure, 2 à la face interne. Toutes les vésicules sont

(1) Observation publiée par M. Comby dans la Revue des maladies de l'enfance, 1889.

remplies d'une sérosité un peu louche. L'état général laisse à désirer, il y a un peu de fièvre (114 pulsations), de l'embarras gastrique (langue épaisse et blanchâtre), et des croûtes sur la lèvre supérieure qui sont les vestiges d'un herpès labial ayant précédé de 3 jours le zona crural. D'après le récit de la mère, la muqueuse buccale elle-même aurait été atteinte au début, il y a 10 jours, et la langue aurait présenté des vésicules analogues à celles des lèvres. Il semble donc qu'un herpès fébrile buccal ait précédé le zona du membre inférieur gauche. L'enfant, dont le père est mort tuberculeux, est atteint d'une kératite chronique de l'œil droit et tousse habituellement (râles sibilants dans la poitrine). De plus, il est sujet à des troubles digestifs, il est pâle, maigre, sans appétit et boit d'une façon exagérée. Son ventre est gros et la percussion directe fait entendre un bruit de clapotage qui descend au dessous de l'ombilic. Il y a donc, chez ce garçon, une dilatation notable de l'estomac.

OBSERVATION LIV. — B... Henri, âgé de 9 ans, né avant terme, à 8 mois, a été élevé au biberon par une étrangère. Première dent à 9 mois, a marché à 14 mois. Rougeole à 5 ans. Convulsions depuis l'âge de 3 ans : l'enfant se tord les bras, se mord la langue, pas d'incontinence d'urine ni des matières fécales, les yeux ne sont pas convulsés. Les convulsions sont devenues de plus en plus rares. Actuellement, il n'y en a qu'une ou deux chaque année. Polyphagie, l'enfant a toujours faim et mange à toute heure de la journée; polydipsie. Cauchemars, terreurs nocturnes. Céphalée fréquente. Pas de troubles gastro-intestinaux. Stigmate de rachitisme : aplatissement latéral du thorax évasé en entonnoir. Pas de clapotage stomacal.

FORME PULMONAIRE

Les cliniciens ont observé depuis longtemps la fréquence des bronchites à répétition chez les adultes dyspeptiques. « Les personnes atteintes de dilatation d'estomac, dit M. Bouchard (1), s'enrhument facilement, toussent habituellement. Leurs bronches secrètent des mucosités qui se détachent difficilement et amènent de la dyspnée et des bronchites sibilantes, rebelles, récidivantes. Là encore nous soupçonnons qu'il faut invoquer plutôt l'élimination de substances toxiques que l'acte réflexe. »

Chez l'enfant dyspeptique nous avons observé les mêmes faits et dans nos 76 observations nous avons relaté 9 cas, soit de bronchites à répétition, soit d'accès asthmatiformes justiciables du traitement rationnel de la dyspepsie. En recherchant les antécédents héréditaires dans ces observations, nous avons relevé deux fois la tuberculose paternelle et la tare neuro-arthritique dans quatre autres cas.

Nous sommes donc en droit de nous demander s'il y a là une simple coïncidence, ou s'il n'y a pas plutôt un rapport entre cette prédominance d'accidents pulmonaires chez un dyspeptique et les tares tuberculeuse ou neuro-arthritique.

Les bronchites à répétition, observées par nous chez plusieurs de nos malades offrent dans leur évolution une analogie très grande avec les poussées d'urticaire dont souffrent les mêmes malades. Comme elles, elles reviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés et peuvent se continuer sous forme chronique. A l'auscultation,

(1) Bouchard. Leçons sur l'auto-intoxication. 1885.

on entend dans toute la poitrine des râles sibilants et ronflants, sans râles sous-crépitaux ni souffle. Dans les observations XLII et XLV, nous trouvons cet accident signalé.

Un autre accident pulmonaire, beaucoup plus effrayant et qui semble assez fréquent, tourmente quelquefois les enfants dyspeptiques. Nous voulons parler de l'asthme dyspeptique. En général après les repas, comme dans les observations XXXI et LVIII, parfois la nuit, parfois à un moment quelconque de la journée, l'enfant est pris de dyspnée intense; il respire difficilement, c'est un véritable accès d'étouffement. Ces accès de dyspnée n'ont pas de lien commun avec l'asthme vrai, car ils se répètent beaucoup plus souvent que dans cette dernière affection. Les jeunes enfants ne sont guère sujets à ces accès asthmatiformes; nous les avons observés plus souvent chez des enfants de 10 à 14 ans.

Un fait curieux, dont nous avons déjà parlé plus haut et qui mérite d'attirer l'attention, c'est l'influence bien-faisante du traitement de la dyspepsie sur ces accidents pulmonaires. Chez les dyspeptiques sujets à ces accidents, un régime sévère éloignera d'abord, pour faire disparaître ensuite complètement les bronchites à répétition et les accès d'étouffement.

Voici 4 observations d'accès asthmatiformes survenus chez des enfants dyspeptiques.

OBSERVATION LV. — Jeanne V..., âgée de 7 ans 1/2, nous est amenée par sa mère le 9 juin 1898 pour des accès d'étouffement survenus, pour la première fois il y a 8 jours, et se reproduisant, depuis cette époque, dans la journée à des heures très différentes. Le père est rhumatisant et présente de l'eczéma depuis son enfance. A l'enfant, nourrie par sa mère, on donnait en même temps de la panade et du tapioca, car la mère avait peu de lait. Bronchite à 7 mois, qui dure six semaines. A 2 ans,

entérite très grave, qui dure 2 mois, avec sang et glaires dans les selles (entéro-colite muco-membraneuse). A la suite de cette entérite, anasarque ; pas d'albumine dans les urines, guérison en 8 jours. Rougeole à 3 ans. 1^{re} dent à 8 mois. Marche à 18 mois. Constipation habituelle. A 5 ans, ictère très accusé, qui dure 15 jours, et à la suite duquel l'enfant reste chétive et faible. Actuellement polyphagie et polydipsie ; l'enfant boit beaucoup en dehors des repas : vin et eau, bière et même assez souvent du vin pur. Terreurs nocturnes, sinon cauchemars. Cette enfant est très nerveuse ; elle est très irritable et ne peut demeurer une seconde en place. Aplatissement latéral du thorax. Dilatation très grande de l'estomac, tympanisme et clapotage jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Rien à l'auscultation de la poitrine. Traitement habituel.

Revue le 27 octobre, cette fillette est aujourd'hui très bien portante. Les accès d'oppression ont cessé depuis longtemps ; l'appétit est devenu normal ; l'enfant est réglée dans sa boisson et ne se plaint pas de sensation de soif exagérée ; les selles sont régulières ; elle n'a pas eu de terreurs nocturnes depuis qu'elle suit son traitement. A l'examen de l'abdomen on perçoit du clapotage stomacal, jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En somme, chez cette fillette qui a très bien suivi et qui suit encore son régime, les signes fonctionnels ont disparu et l'estomac lui-même semble avoir diminué de capacité.

OBSERVATION LVI. — Albert M..., âgé de 10 ans, vient nous consulter le 16 juin 1898 pour des accès d'étouffement datant de la première enfance. Sa mère a des attaques d'hystérie et des crises de migraine. Il a été nourri au biberon et a marché très tard. A trois semaines, apparition d'une plaque d'eczéma et depuis lors l'enfant a toujours eu de l'eczéma au tronc, à la face et aux mem-

bres, avec des lésions de grattage et des abcès. Dans la première enfance et dans les premières années de l'existence : peu d'appétit, polydipsie, constipation habituelle. Excitation cérébrale : cris et pleurs pour rien ; c'était, au dire de sa mère, un enfant très nerveux et très agité. Agitation nocturne et terreurs nocturnes. De temps en temps l'enfant avait des accès d'oppression avec des sifflements dans la poitrine et ne passait pas un mois sans avoir un de ces accès d'étouffement. Un médecin, consulté à ce sujet, avait donné des cigarettes d'Espic. Ces accès n'ont aucun rapport dans leur apparition avec la marche de l'eczéma. Actuellement les mêmes troubles ont persisté ; l'enfant a toujours des terreurs nocturnes ; des accès d'étouffement. Il est très émotif, très excité, très colérique. Dilatation énorme de l'estomac : tympanisme et clapotage jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Traitement ordinaire.

Revu le 22 novembre 1898, ce jeune garçon n'a pas eu d'accès d'étouffement depuis le mois de juin ; sauf une légère constipation, il n'a plus de troubles gastro-intestinaux ; l'appétit est devenu normal et il n'a plus de polydipsie. Les symptômes nerveux ont également cédé au traitement. En somme, amélioration notable de tous les signes fonctionnels.

OBSERVATION LVII. — Jean M..., âgé de 14 ans, a été nourri au sein maternel jusqu'à 11 mois ; sa mère lui donnait en même temps des panades et des soupes. Son père est mort tuberculeux, sa mère est bien portante. Six frères et sœurs sont morts : deux de broncho-pneumonie, deux de cholérine, un de rougeole, un de méningite. — Il aurait marché à 24 mois. A 22 mois, entérite aiguë. A trois ans, coqueluché. Il a toujours eu un gros ventre, grand mangeur depuis sa naissance, buvant beaucoup. Diarrhée continuelle. A peu près tous les 3 mois, il est

tourmenté par une éruption d'urticaire. Examiné le 11 juin 1896, cet enfant se plaint d'avoir assez souvent des accès d'étouffement la nuit. Il est très nerveux. Céphalée fréquente. La langue est sale; la diarrhée est presque continue. — A la percussion de la région épigastrique on trouve la sonorité stomacale descendant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de clapotage. Le foie déborde un peu les fausses côtes. Sueurs nocturnes assez fréquentes. Soumis au régime de la dyspepsie.

OBSERVATION LVIII. — Jean G..., âgé de 14 ans, né d'un père tuberculeux mort à 32 ans et d'une mère bien portante. Nourri au sein maternel jusqu'à 10 mois. Marche à 2 ans. Signes de rachitisme. Rougeole à 4 ans. Tousse depuis l'âge de 2 ans. A son entrée à l'hôpital, le 20 juillet 1896, oppression, toux incessante. A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire et expiration prolongée avec râles sibilants à droite. Accès asthmatiformes survenant à la suite d'un repas copieux. Sueurs nocturnes. Appétit bon. Grand buveur: eau rougie, café, rhum. Pas de vomissements. Ni diarrhée ni constipation. Dilatation d'estomac. Céphalée fréquente; cauchemars; terreurs nocturnes.

FORME ANÉMIQUE

La forme anémique de la dyspepsie infantile est, sans contredit, l'une des formes les plus intéressantes de l'histoire de cette affection. C'est aussi l'une des moins bien connues, à cause des erreurs de diagnostic qu'elle occasionne très souvent.

Nombreuses sont les affections avec lesquelles on la confond. Tantôt on incrimine le lymphatisme, et à ces

enfants pâles, maigres, toussant de temps à autre, on fait prendre force toniques. Tantôt on porte le diagnostic de chlorose et les ferrugineux font tous les frais du traitement. Tantôt enfin, on soupçonne la croissance d'affaiblir l'enfant et on essaie les phosphates.

Mais tous ces médicaments n'ont d'autre effet que de diminuer l'appétit du petit malade et d'augmenter sa constipation. Leur fait-on suivre, au contraire, le traitement de la dyspepsie, on voit l'anémie céder peu à peu, les fonctions digestives se rétablir, et l'enfant prendre des couleurs et de l'embonpoint.

Bien que ne cadrant pas très bien dans ce travail, nous avons relaté un fait d'anémie chez un nourrisson de 26 mois (Observation LIX). Cet enfant n'était pas encore sevré, ne buvait que du lait et faisait toutes les 2 heures environ un repas composé d'un biberon de lait. Il serait étonnant de voir se bien porter un enfant si mal nourri : aussi en était-il résulté une anémie très prononcée. Le lait à partir d'un certain âge n'est plus suffisant; il faut aux enfants des principes azotés en plus grande quantité, d'où l'influence néfaste du lait trop longtemps continué. Cette observation est un exemple typique de cette forme d'anémie symptomatique, décrite sous le nom d'anémie des nourrissons par abus du lait après le sevrage.

Toutes les autres observations se rapportent à des enfants plus âgés, nous n'en citons que quatre; mais nous avons déjà fait remarquer, au chapitre de la forme commune de la dyspepsie, combien l'anémie était fréquente chez ces petits malades. En effet par suite du mauvais fonctionnement du tube gastro-intestinal, les aliments ne sont qu'imparfaitement digérés. Aussi l'assimilation se fait-elle très mal, à cause du trouble apporté dans les actes chimiques de la digestion. Nous n'avons donc pas été étonnés de trouver dans 22 cas tous les signes de l'anémie.

Le complexus symptomatique de l'anémie dyspeptique est presque toujours identique et il est bien difficile de s'y méprendre, quand on a observé quelques cas de ce genre.

L'enfant a mauvaise mine ; il est pâle, terreux ; les muqueuses sont plus ou moins décolorées, et, dans les cas graves, on peut entendre un souffle systolique dans les vaisseaux du cou. — Ces malades sont maigres, chétifs, plus petits que les autres enfants du même âge, peu développés physiquement. — Apathiques le plus souvent, ils manquent d'entrain et de gaieté et partagent bien rarement les jeux et les amusements de leurs camarades.

L'anémie suit dans sa marche les mêmes variations d'intensité que les troubles gastro-intestinaux. Aussi, comme pour les accidents cutanés, voit-on les excès alimentaires et l'abus des boissons amener une recrudescence des troubles de l'état général.

OBSERVATION LIX. — Ant..., âgé de 26 mois a été élevé au lait stérilisé à Paris. Marche à 24 mois. — Coqueluche à 13 mois et broncho-pneumonie consécutive. — Pied-bot congénital opéré à 8 mois (ténotomie). — Signes de rachitisme : léger chapelet costal, épiphyses saillantes. Agé de 26 mois, l'enfant fait encore un repas toutes les deux heures ; ne prend que du lait, un biberon environ toutes les deux heures ; pas réglé. — Agitation la nuit ; excitation cérébrale. — Constipation avec alternatives de diarrhée ; pas de vomissements. Entérite l'été. Pas d'ictère. — L'enfant a pâli depuis sa coqueluche ; il avait des périodes d'amélioration puis retombait. — Depuis huit jours, l'enfant est plus mal. Pas d'appétit ; constipation opiniâtre ; pas de couleurs abdominales. — Actuellement, enfant excessivement pâle, muqueuses très décolorées ; pas d'appétit : langue blanche ; foie et rate normaux ; on ne peut faire l'examen de l'estomac, l'enfant ne cessant de crier. — En somme : anémie des nourrissons par excès

de lait et insuffisance d'aliments substantiels chez un dyspeptique. — Traitement de l'anémie dyspeptique.

OBSERVATION LX. — Yvonne B..., âgée de 3 ans 1/2, nous est présentée le 11 octobre 1898 par sa mère qui s'inquiète de sa pâleur excessive. — Cette enfant est en effet très chétive, les téguments sont pâles, les muqueuses décolorées.

Élevée à la campagne, son alimentation a été par le fait même très défectueuse ; on lui donnait constamment des soupes. — 1^{re} dent à 17 mois, marche à 18 mois. Fièvre de digestion assez souvent après le repas du soir et parfois après le repas de midi surtout après avoir mangé du poisson. — L'enfant est très nerveuse ; agitation, excitation depuis la naissance (excitation cérébrale), strabisme. — Terreurs nocturnes assez fréquentes. — Indigestions de temps en temps. — Pas d'appétit ; mange assez souvent en dehors des repas. — Polydipsie : boit en dehors des repas ; boit du vin avec de l'eau et du vin de quinquina. Stigmates de rachitisme : Ventre flasque, étalé ; écartement de la ligne blanche ; chairs flasques, épiphyses saillantes ; léger aplatissement latéral du thorax. — Constipation habituelle. Dilatation de l'estomac clapotage jusqu'à l'ombilic. — Traitement ordinaire.

Revue le 27 octobre 1898, cette enfant, après 15 jours de traitement est améliorée. Elle est encore pâle, mais les muqueuses ont leur coloration presque normale. L'appétit est bon, la polydipsie a disparu ; les selles sont régulières et les terreurs nocturnes ne se sont pas reproduites.

L'estomac est dilaté ; on trouve du clapotement jusqu'à l'ombilic.

OBSERVATION LXI. — Maurice S..., âgé de 10 ans, nous est amené le 8 octobre 1898 pour son état de langueur et sa pâleur. Sa taille est au-dessous de la moyenne.

Muqueuses un peu pâles. Depuis 2 ou 3 ans, douleurs vagues dans la tête de temps à autre. — Le père qui est très nerveux est artério-scléreux ; il présente un tremblement qui serait congénital ; il est très impressionnable et très émotif. — L'enfant tremble aussi depuis sa naissance. L'enfant a été nourri au sein maternel jusqu'à 14 mois ; marche à 14 mois. — Pas de maladies pendant l'allaitement. Après le sevrage, l'enfant est délicat, mange peu, a de l'insomnie, des terreurs nocturnes fréquentes ; pas d'excitation dans la journée qui était toujours calme.

Bronchite à 18 mois. — Coqueluche à 5 ans. — Rougeole à 8 ans. Diphtérie en avril 1898, soignée par le sérum ; paralysie diphtérique consécutive. — Actuellement cet enfant est dans un état de pâleur et de langueur qui inquiète fort ses parents. Anorexie ; céphalalgie assez souvent.

Soif modérée. Fièvre éphémère survenant tous les 2 ou 3 mois, probablement après des excès alimentaires, durant 2 ou 3 jours et caractérisée par de l'anorexie, un peu de température et de l'abattement, l'enfant doit s'aliter. Quelques douleurs dans les genoux où on perçoit des craquements articulaires. Tremblement congénital à grandes oscillations, localisé dans les membres supérieurs et, en particulier dans les mains ; il est rendu plus visible dans l'extension de la main sur l'avant-bras. — Un frère aîné est bien portant, pas de tremblement.

Rachitisme léger : enfoncement peu accusé du sternum. Dilatation d'estomac : clapotage perçu jusqu'à l'ombilic. Pour le fortifier on a donné de l'alcool à cet enfant. — Traitement ordinaire.

OBSERVATION LXII. — Eugène C..., âgé de 11 ans 1/2, a été nourri au sein maternel, mais les tétées étaient tout à fait irrégulières ; on lui donnait aussi de la panade et des soupes. Aurait marché de bonne heure. Père rhumatisant. Une sœur morte de méningite à 5 ans.

Rougeole à 4 ans. L'enfant avait tous les ans de la diarrhée en été. Il y a trois semaines, diarrhée très abondante, qui a duré environ 15 jours ; coliques très violentes ; la mère avait remarqué dans les selles des membranes blanches ressemblant à des glaires (entérite muco-membraneuse). Ces jours derniers, l'enfant a eu quelques vomissements alimentaires. Agitation et cauchemars la nuit. Pâleur excessive de la peau ; décoloration des muqueuses ; souffle anémique dans les vaisseaux du cou. Polydipsie : l'enfant boit beaucoup en dehors des repas, boit du vin pur et de l'eau de Seltz en abondance. Appétit diminué ; éructations fréquentes. Foie normal. Dilatation de l'estomac, clapotage jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Soumis au traitement.

OBSERVATION LXIII. — Louise R..., âgée de 12 ans, vient nous consulter le 21 mai 1898. Cette fillette est grande, maigre, pâle ; les muqueuses sont décolorées. Elle a de la céphalée le soir après le repas ; cette céphalée est exagérée quand elle va à l'école. Fièvre de digestion assez souvent le soir. Terreurs nocturnes. Un médecin consulté la soignait pour une affection pulmonaire et lui faisait prendre des vins médicamenteux. Cette fillette, dont le père est très nerveux, a été élevée en nourrice d'une façon très défectueuse ; on lui donnait en même temps que le biberon, des soupes, de la panade, etc. Elle a toujours été constipée dès sa première enfance ; son ventre a toujours été très gros. A été très difficile à élever, pleurant et criant sans cesse (excitation cérébrale). Cette fillette n'a pas d'appétit ; elle boit beaucoup en dehors des repas. Assez souvent, après les repas, elle a des nausées et parfois des vomissements alimentaires. A l'examen de l'abdomen, on trouve l'estomac dilaté, avec du clapotage à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'enfant se plaint de douleurs dans le flanc droit, avec exagération par la marche, la fatigue, et cessation au

repos ; on constate une mobilité très nette et assez accentuée du rein droit, expliquant les douleurs assez vives, irradiées dans tout l'abdomen. Soumise au traitement.

Revue le 15 juin. L'état de l'enfant ne s'est guère amélioré. La constipation seule a cédé au traitement. La fillette, nous apprend la mère, a mal suivi le traitement indiqué, en particulier, elle boit encore beaucoup et mange beaucoup de cerises.

Nous la revoyons le 27 octobre 98 ; la fillette est dans un état de santé très satisfaisant ; les muqueuses ne sont plus décolorées, les téguments n'ont plus leur pâleur d'autrefois. L'appétit est normal et la polydipsie a cessé. La céphalée et les terreurs nocturnes n'ont fait que de très rares apparitions. L'estomac est encore dilaté et on perçoit du clapotage à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les douleurs dues au rein mobile ont beaucoup diminué, grâce au port d'une ceinture de flanelle que nous avons conseillée à la malade.

Revue le 2 décembre 1898. — La fillette, sauf quelques douleurs lombaires droite dues au rein mobile, se porte à merveille. Les muqueuses sont colorées normalement, l'appétit est bon ; les selles sont régulières en général, mais, de temps en temps, il y a une légère tendance à la constipation.

COMPLICATIONS DE LA DYSPEPSIE

La dyspepsie, nous venons de le voir, est une affection relativement bénigne ; silencieuse en général, elle évolue lentement sans frapper de grands coups. Si parfois, elle engendre des complications assez graves, jamais elle ne menace la vie du malade. Parmi les plus fréquentes, nous devons étudier avec quelques détails l'entéro-colite muco-membraneuse et l'ictère catarrhal.

Entéro-colite muco-membraneuse

Cette complication que nous avons rencontrée 9 fois, est caractérisée principalement par l'expulsion dans les selles de membranes rubanées, assez semblables à des anneaux de tœnia. Au point de vue anatomique, elle est due à une inflammation chronique du tube intestinal et en particulier du gros intestin. Les membranes expulsées sont le produit de la desquamation épithéliale du gros intestin. Dans chaque cas, en effet, nous avons senti dans le flanc gauche une corde dure formée par le colon descendant contracturé.

Plus fréquente dans la seconde enfance, elle peut néanmoins se montrer entre un et deux ans, elle affecte alors une forme toute spéciale, c'est l'entérite folliculaire des auteurs allemands. Nous en donnons un bel exemple dans l'observation LXIV.

L'entérite folliculaire débute, en général, au moment du sevrage et le médecin est consulté pour une diarrhée avec coliques assez violentes. En interrogeant les parents, on apprend que l'enfant a été élevé artificiellement ou très mal réglé, depuis longtemps il présentait tous les signes fonctionnels de la dyspepsie. Polydipsie, polyphagie. Fièvre de digestion, constipation, cauchemars la nuit, etc. A l'examen on trouve tous les signes du rachitisme et une dilatation d'estomac plus ou moins prononcée. La diarrhée est survenue brusquement, l'enfant peut avoir 8, 10 et même 12 selles par jour, il a du ténesme rectal très accusé et, à chaque effort de défécation, il pousse des cris.

Dans les selles, on remarque des matières blanchâtres, ressemblant tantôt à des anneaux de tenia, tantôt et plus souvent à des glaires, à des crachats. Le mœlena accompagne fréquemment l'entérite folliculaire et la vue des caillots dans les garde-robes effraie beaucoup les mères

de famille. Le ventre néanmoins reste souple, indolore ; on réveille pourtant une légère douleur en palpant profondément la fosse iliaque gauche où on sent la corde dure saillante du colon descendant contracturé.

L'entérite folliculaire évolue par poussées aiguës de 8 à 10 jours de durée, pendant lesquelles l'enfant a de la fièvre, est abattu, puis tous les symptômes s'apaisent et le malade paraît guéri. Mais après un temps variable dans chaque cas et ne dépassant guère 15 à 20 jours, nouvel accès de diarrhée avec fièvre, ténésmerectal, etc... Si on observe l'enfant après un certain nombre de ces accès, on apprend qu'il a beaucoup maigri depuis l'apparition de cette diarrhée, l'état général est devenu mauvais, l'appétit a disparu et le malade a le faciès anémique avec décoloration des muqueuses.

Grâce à un régime sévère, on arrive, mais seulement après plusieurs semaines, à améliorer et parfois même à guérir cette entérite folliculaire. Mais le traitement doit être longtemps continué, l'affection ayant une tendance très grande à se reproduire, le moindre écart de régime suffit à faire apparaître la diarrhée avec les symptômes douloureux. Voici une observation d'entérite folliculaire chez un jeune garçon de 16 mois.

OBSERVATION LXIV. — Paul H..., a été nourri au sein maternel, mais on donnait aussi à l'enfant du lait de vache, des soupes, panades, etc. À 8 mois, l'enfant mange comme ses parents. Diarrhée dans la première année. Première dent à 9 mois. Marche à 15 mois. Actuellement l'enfant fait sa huitième dent. L'été dernier, l'enfant a eu plusieurs poussées successives de boutons blancs très prurigineux avec auréole rouge (poussées d'urticaire aiguë). Fièvre de digestion assez souvent le soir et parfois dans la journée. Polydipsie, l'enfant demande constamment à boire, polyphagie. Langue saburrale assez souvent. Pas de vomissements. Agitation et cauchemars la

nuît, insomnie. Gros ventre étalé, aplatissement latéral du thorax, gonflement des épiphyses. Dilatation de l'estomac, clapotage et tympanisme à l'ombilic. Depuis le 14 août 1898, l'enfant a des crises de diarrhée très abondante, les selles sont fréquentes (6 à 8 selles par jour) et l'enfant a de la fièvre au moment des crises. Depuis 3 semaines environ, la mère a remarqué des glaires et de longues membranes dans les selles. Sang dans les selles. L'enfant a des douleurs assez vives pour aller à la selle, il pousse des cris à ce moment (tenesme rectal). A l'examen du ventre, le 10 octobre, on sent une corde dure, tendue dans la fosse iliaque gauche (colon descendant). Traitement de l'entérite folliculaire.

Revu le 22 octobre, la diarrhée a diminué un peu, il y a moins de glaires et de membranes dans les selles qui sont plus consistantes (4 ou 5 selles par jour).

Revu le 4 novembre, l'enfant est très amélioré, mais il présente un amaigrissement très prononcé. Depuis quelques jours, il n'a qu'une selle quotidienne dans laquelle la mère a encore constaté des glaires et de rares caillots de sang.

Revu le 26 novembre, l'amélioration persiste, l'enfant n'a plus de diarrhée, une selle quotidienne, consistante. Pas de glaires ni de caillots dans les selles depuis plusieurs jours. L'appétit est excellent. On ne sent plus dans la fosse iliaque gauche la corde formée par le colon descendant en état de spasme. L'enfant reprend de l'embonpoint, ses chairs se raffermissent, il a l'aspect d'un enfant bien portant.

L'entérite muco-membraneuse de la seconde enfance a la même évolution que l'entérite folliculaire, elle apparaît toujours sous forme de poussées aiguës, mais chez ces enfants les signes sont beaucoup plus atténués. La fièvre, en général, passe inaperçue, l'enfant a peu ou pas de ténésme rectal; ce qui frappe le plus, c'est la présence de glaires ou des membranes dans les selles, le mœlena n'est

pas fréquent. Ici encore, on trouve dans la fosse iliaque gauche la corde dure formée par le colon descendant.

La marche de cette complication est essentiellement chronique, très rebelle au traitement, elle suit le malade dans toutes les étapes de la vie, dans l'adolescence et l'âge adulte.

Voici trois observations d'entéro-colite muco-membraneuse chez des enfants dyspeptiques plus âgés.

OBSERVATION LXV. — Auguste P..., âgé de 4 ans, a été nourri au sein jusqu'à 11 mois et de 11 mois à 2 ans a été soumis à l'allaitement mixte. Il entre le 18 mai 1896 dans le service de M. Comby. Il a fait sa première dent à 8 mois et a marché à 16 mois. Il a toujours eu un gros ventre. Pendant sa première enfance, a eu beaucoup de diarrhée jaune et verte. Cet enfant est grand mangeur. Il boit beaucoup, environ 1 litre 1/2 par jour. Il a souvent des terreurs nocturnes. Il y a six semaines, l'enfant aurait eu une éruption prurigineuse qui aurait disparu après une purgation. Depuis lors, il a chaque soir de la fièvre après le dernier repas ; il mange avec moins d'appétit qu'à l'ordinaire. Pas de diarrhée. Depuis 10 jours il a également un peu de fièvre chaque jour vers 3 heures. ; il se plaint de douleurs dans le ventre. Il y a trois jours, la mère a remarqué des glaires dans les selles de l'enfant ; depuis ce temps, il est triste, abattu. Son ventre est gros. A la percussion, on trouve du clapotage stomacal jusqu'à l'ombilic. Sur la partie postérieure des bras, on voit une desquamation en petites plaques et une desquamation furfuracée sur le tronc. Acné punctata sur la jambe droite.

OBSERVATION LXVI. — Marguerite S..., âgée de 4 ans 1/2 a été élevée au biberon. A commencé à marcher à 16 mois. Fièvre typhoïde il y a deux ans. A toujours été constipée. Depuis un an environ la mère a remarqué que

son enfant rend dans ses selles de longues membranes blanches. En même temps l'enfant se plaint de douleurs dans le ventre au niveau des angles droit et gauche du colon. Appétit bon. Constipation : une ou deux selles par semaine. Prolapsus rectal. Ventre souple se laissant facilement déprimer.

OBSERVATION LXVII. — Eugène G..., âgé de 8 ans et 3 mois. Vu le 22 décembre 1898. Nourri au biberon à la campagne. Marche à 16 mois. 1^{re} dent à un an. A eu une broncho-pneumonie, la rougeole, la scarlatine. Bronchite depuis sa première enfance, tousses tous les hivers. A un gros ventre : aplatissement latéral du thorax (rachitisme). A 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, sur la ligne blanche on trouve un orifice de la largeur d'une pièce de 50 centimes, par où sort une pointe de hernie au moment des efforts.

Depuis un mois, l'enfant a une diarrhée fétide avec coliques ; on trouve dans ses selles des glaires et quelques filets de sang. Pas de fièvre. L'enfant est resté 15 jours alité. C'est la première poussée d'entéro-colite muco-membraneuse. En même temps que la diarrhée, l'enfant a eu une éruption polymorphe aux deux membres inférieurs, avec erythème, nodosités et purpura ; en même temps, douleurs articulaires aux membres inférieurs.

Actuellement on y voit, du côté de l'extension, des taches purpuriques en voie de régression. Pas de douleurs abdominales à la palpation. Mais on sent la corde du colon descendant. Diarrhée avec mousse.

Hictère catarrhal

De toutes les complications de la dyspepsie, l'ictère catarrhal est à coup sûr la plus fréquente. Malgré la bénignité de cet accident, il impressionne beaucoup l'entourage de l'enfant et la maman est en général très

effrayée. Nous l'avons observé à tout âge, depuis 26 mois comme dans l'observation LXIX jusqu'à 14 ans; mais néanmoins nous pensons que cette complication, exceptionnelle dans les premières années, devient de plus en plus fréquente à mesure que l'enfant avance en âge.

L'ictère débute toujours par la conjonctive et la mère nous apprend le plus souvent qu'elle a remarqué la couleur jaune des yeux en faisant la toilette de son enfant. Peu inquiète au début, car l'ictère est alors très peu accusé, elle ne prend peur qu'à la vue de l'extension du mal. Pendant ce temps, l'enfant peut avoir une fièvre légère (voir l'observation LXVIII), mais en général il est gai, ne ressent aucune douleur et continue à s'amuser avec ses camarades. Les selles se décolorent petit à petit et les urines prennent la teinte acajou si caractéristique de la présence des pigments biliaires. En interrogeant avec soin l'entourage, on apprend souvent que, dans les jours qui ont précédé l'apparition de l'ictère, l'enfant avait eu des vomissements, la langue était blanche, il était fiévreux et paraissait un peu abattu. Nous avons, en effet, presque constamment observé le début de l'ictère au cours d'un embarras gastrique. Dans le cours de cet accident, le foie est en général augmenté de volume et dépasse le rebord costal.

Après 10 à 15 jours de repos et de traitement, l'ictère diminue d'intensité, l'urine reprend sa teinte normale et les matières se colorent petit à petit. Mais l'hypertrophie du foie ne cède pas aussi vite, cet organe ne revient à son volume normal qu'après un temps assez long. Aussi, sommes-nous amené à nous demander si, chez certains dyspeptiques à gros foie où nous n'avons pu retrouver trace d'ictère, l'infection biliaire n'aurait pas évolué sourdement, sans même laisser soupçonner cette hypertrophie parfois considérable.

Le pronostic de l'ictère catarrhal est donc très bénin, et malgré les rechutes qu'on peut observer au cours de la

convalescence, c'est une complication peu inquiétante. Pourtant, dans des cas très rares il est vrai, on a vu l'affection prendre l'allure de l'ictère grave à cause de l'altération des cellules hépatiques.

OBSERVATION LXVIII. — Juliette G..., a été élevée au sein à la campagne; sevrée à 1 an, elle a marché à 11 mois. Jamais de signes de rachitisme. A 19 mois, elle mange comme ses parents. Rougeole à 4 ans; coqueluche à 3 ans. Le 21 octobre 1898, la mère s'aperçoit que les yeux de son enfant sont un peu jaunes; mais depuis plusieurs jours déjà l'enfant est souffrante: Perte d'appétit, fièvre, vomissements, langue saburrale, constipation, douleurs abdominales, en somme tous les signes d'un embarras gastrique fébrile. La mère lui donne de l'huile de ricin et c'est le lendemain qu'elle remarque l'ictère. L'enfant a généralement bon appétit, fait 4 repas par jour, l'appétit est meilleur le matin qu'aux autres repas. Pas de polydipsie. Diarrhée de temps en temps. Céphalée fréquente, irrégulière, surtout après les repas; terreurs nocturnes. Dilatation stomacale avec tympanisme et clapotage jusqu'à l'ombilic.

Actuellement, l'enfant présente un ictère de moyenne intensité. Les selles sont abondantes et décolorées, les urines très denses: 1.028, très foncées, rares. La langue est saburrale, perte d'appétit, un seul vomissement, un peu de fièvre, la température oscille entre 37° 5 et 38°. Le foie déborde les fausses côtes de 2 travers de doigt, n'est pas douloureux à la pression. Le pouls n'est pas ralenti: 75 pulsations. Traitement de l'ictère.

Après 5 jours de traitement, l'ictère a diminué d'intensité, l'urine est plus abondante et moins foncée, les selles sont moins argileuses et ont une teinte légèrement jaunâtre.

OBSERVATION LXIX. — F..., âgée de 26 mois, nourrie

au sein, a marché à un an, a eu sa première dent à 6 mois et a été sevrée à un an. Polyphagie, elle est très vorace. Constipation habituelle, prolapsus rectal. Coqueluche à 11 mois. Un frère de 14 mois a été soigné pour un ictère émotif. Il y a 6 semaines, on remarque que les urines de la fillette sont très foncées, en même temps, elle accuse quelques vagues douleurs dans la région hépatique et présente un ictère généralisé très intense sans démangeaisons. Vue le 9 mars 1896, on constate un foie énorme dépassant l'ombilic, lisse et non douloureux à la pression. L'ictère est encore très intense. Les urines sont foncées et les matières décolorées.

OBSERVATION LXX. — Une fillette très délicate de 4 ans $1\frac{1}{2}$ est présentée à M. Comby le 27 avril 1898 pour une teinte ictérique de la conjonctive et des téguments. L'enfant n'a pas de fièvre, elle est triste et apathique. Anorexie complète avec état saburral des voies digestives. Le foie est énorme, atteignant l'ombilic, lisse, indolore à la pression. Rien au cœur. Cet ictère date de 24 heures, mais depuis 8 jours, la mère de l'enfant remarque que les urines sont foncées et les selles décolorées. Il y a une quinzaine de jours, cette enfant a présenté les signes d'un embarras gastrique : malaise, anorexie, vomissements bilieux. Cette fillette élevée au sein à la campagne par une nourrice mercenaire a été sevrée à 12 mois. Elle a toujours eu un appétit très irrégulier avec des vomissements assez fréquents. Depuis quelque temps, on la trouvait dans son entourage pâlie et très amaigrie.

OBSERVATION LXXI. — Armand G..., âgé de 5 ans, élevé au sein a été sevré à 18 mois et a commencé à marcher à 16 mois. Cet enfant, émotif depuis sa naissance, a toujours eu le ventre gros et la diarrhée depuis sa première enfance. Rougeole et coqueluche vers 2 ans. L'enfant a toujours été buveur et grand mangeur, mangeant beau-

coup en dehors des repas. Il aurait été effrayé, il y a 15 jours, à la vue de son père ivre. Il y a 3 jours, la mère a remarqué que les yeux de l'enfant étaient un peu jaunes, depuis lors, les urines sont très foncées, les matières décolorées. Perte d'appétit, fièvre, diarrhée. Ictère de moyenne intensité. Foie normal.

OBSERVATION LXXII. — Paul P..., âgé de 6 ans, est présenté à M. Comby le 23 janvier 1896. La mère de l'enfant s'inquiète des troubles gastro-intestinaux qu'il éprouve et d'un amaigrissement qui va en augmentant. Gros mangeur, il a souvent la diarrhée. Vomissements fréquents après les repas. L'enfant se plaint souvent aussi de coliques avec douleurs dans les flancs droit et gauche. En examinant l'enfant avec attention, on remarque une teinte subictérique de la conjonctive et des téguments qui n'avait pas attiré l'attention de la mère. Le foie est gros, descendant à 2 travers de doigt au-dessous du rebord costal, il n'est pas douloureux à la pression. La langue est saburrale, l'appétit conservé, pas de nausées, pas de diarrhée ni démangeaisons. Les selles sont décolorées, fétides, les urines couleur acajou, on obtient la réaction de Gmelin. Le pouls est arythmique, il y a 80 pulsations à la minute. Cet enfant a été élevé au verre par une nourrice. A toujours été grand mangeur. Diarrhée presque continuelle.

OBSERVATION LXXIII. — Camille M..., âgée de 7 ans, nous est conduite le 25 octobre 1898 pour une coloration subictérique de la conjonctive et des téguments. Cet ictère de moyenne intensité date de 5 jours. Il y a environ 8 jours, elle aurait eu de la fièvre et de l'anorexie, mais pas de vomissements. Actuellement, l'enfant n'a pas d'appétit, ses selles sont décolorées et ses urines très foncées, Le foie est un peu douloureux à la pression et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

L'estomac est dilaté, on trouve du tympanisme et du clapotage stomacal à l'ombilic. Le sternum est légèrement proéminent. Cette enfant a été nourrie au biberon à la campagne et a présenté quelques troubles gastro-intestinaux dans sa première année; elle aurait eu aussi, à cette époque, des éruptions généralisées à tout le corps. Elle était très nerveuse, criant et pleurant très souvent (excitation cérébrale). Rougeole à 3 ans. L'appétit est normal, l'enfant fait 4 repas par jour. Elle boit beaucoup en dehors des repas et assez souvent du vin pur. Pas de céphalée. Fièvre de digestion. Agitation la nuit, pas de terreurs nocturnes. Pas de vomissements. Diarrhée presque continuelle. L'enfant se plaint souvent de douleurs abdominales sans localisation spéciale. Traitement de l'ictère.

Revue le 4 novembre 1898, l'enfant est complètement rétablie, l'ictère a disparu, les selles et les urines sont normales.

OBSERVATION LXXIV. — Alice R..., âgée de 13 ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1899 pour un ictère généralisé assez intense. Il y a 8 jours, la fillette a eu de la fièvre, de l'anorexie, des nausées, des vomissements, pas de diarrhée ni constipation; la langue était saburrale. Céphalée légère. 5 jours après, la mère remarque une teinte subictérique des conjonctives, la fillette n'accuse pas d'émotion. Actuellement, les selles sont décolorées, les urines foncées, couleur acajou; la langue est sale, recouverte d'un enduit épais; le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt; fièvre légère, la température oscille pendant quelques jours entre 37°,5 et 38°. Cette enfant, dont la mère a de la migraine et des poussées d'eczéma, a été élevée au biberon à la campagne et a présenté dès sa première année des troubles gastro-intestinaux. Première dent à 10 mois, marche à 16 mois. Rougeole à 5 ans et coqueluche à 7 ans. Jusqu'à 7 ans,

elle était très sujette aux bronchites. Peu d'appétit en général, a toujours été grande buveuse. Pas de troubles gastro-intestinaux. Traitement de l'ictère catarrhal.

Après un séjour de 8 jours à l'hôpital, elle sort complètement guérie.

ÉVOLUTION DE LA DYSPEPSIE ATONIQUE

Quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, la dyspepsie est une affection essentiellement chronique. En général silencieuse, cette maladie ne tourmente le malade qu'à l'occasion d'écarts de régime, d'excès alimentaires ou d'abus de liquide; puis tout rentre dans l'ordre pour un temps très variable. C'est donc une maladie à poussées aiguës.

Ces poussées affectent, nous l'avons dit, des formes très différentes suivant les cas : tantôt elles se traduisent par de l'embarras gastrique ou de l'indigestion; tantôt par des périodes de diarrhée, des accès de fièvre (fièvre de digestion), de la céphalée; tantôt enfin par des accidents cutanés, des accès d'oppression, de l'entéro-colite muco-membraneuse ou de l'ictère catarrhal.

A mesure que l'enfant grandit, la dyspepsie, loin de s'améliorer, a une marche toujours croissante à cause du régime défectueux auquel il est soumis. Voilà, nous pensons, l'origine d'un grand nombre de dyspepsies chez l'adulte.

Certes, la dyspepsie peut, dans beaucoup de cas, s'établir d'emblée chez l'adulte; les excès alcooliques, en particulier, en sont la cause la plus commune; mais, assez souvent, la dyspepsie est acquise, provoquée par une mauvaise alimentation dès la première enfance. Cette affection, méconnue chez l'enfant, n'a pas été soignée, elle s'est installée à demeure; l'enfant a grandi, est

devenu un adulte et alors seulement à commencé à souffrir.

On a le tort, croyons-nous, de faire remonter le début de la dyspepsie aux premières douleurs épigastriques ; nous avons vu combien était rare ce symptôme chez l'enfant ; encore ne l'avons-nous retrouvé que chez des malades assez âgés. En interrogeant avec soin un adulte dyspeptique, on est en général très étonné d'apprendre qu'il était habituellement constipé dans son adolescence, qu'on lui donnait fréquemment des lavements, qu'il avait parfois des vomissements ou de la diarrhée, enfin qu'il a eu la jaunisse, tous signes capables de mettre sur la voie du diagnostic. En l'examinant, on trouvera parfois et surtout du côté de la cage thoracique des signes de rachitisme ; on verra alors un léger rétrécissement latéral du thorax. Ou bien on trouvera les lésions du prurigo chronique de Hébra datant de très loin.

Dans tous ces cas, la conclusion sera facile à tirer : la dyspepsie date de la première enfance et n'a fait que s'accroître avec l'âge.

Notre Maître, M. Comby, qui a vu une quantité considérable d'enfants dyspeptiques, a, le premier, envisagé sous cet aspect la dyspepsie de la 2^e enfance.

Déjà, dès 1884 (1), il s'exprimait ainsi :

« La dilatation de l'estomac, une fois établie, ne marque pas de tendance à la guérison spontanée ; elle ne tend, au contraire, qu'à s'accroître par les écarts de régime et par l'abus des liquides auxquels les enfants ne sont que trop portés. Si l'on suit ces jeunes rachitiques qui ont présenté, dès leur première enfance, des troubles digestifs graves et de la dilatation d'estomac, on les voit conserver leur dilatation et présenter une foule d'états morbides en rapport avec cette lésion ancienne. Le rachitisme guérit, du moins dans ses formes légères ; les nodosités

(1) Comby. — Archives générales de Médecine, 1884.

juxta-épiphysaires s'effacent, les courbures diaphysaires se redressent avec le temps ; mais la vulnérabilité de l'appareil digestif persiste à un degré plus ou moins prononcé ; les enfants restent ou deviennent dyspeptiques, et chez eux, plus encore que chez l'adulte, la dyspepsie traduit la dilatation d'estomac ».

« Si tous les dyspeptiques ne sont pas d'anciens rachitiques, dit M. Comby (1) dans son traité du rachitisme, on peut presque affirmer que tous les anciens rachitiques sont dyspeptiques. »

Il cite aussi le cas d'un de ses collègues alors âgé de 32 ans qui a été alimenté prématurément par sa nourrice et a souffert beaucoup pendant son enfance. Au collège il était sujet à des dyspepsies douloureuses ; plus tard ces accidents ont persisté et actuellement il est dyspeptique et présente tous les signes de la dilatation d'estomac.

En 1887, M. Comby a présenté à la Société médicale une observation très probante et tout à fait confirmative de l'idée que nous exprimons ; nous la donnons ci-dessous.

OBSERVATION LXXV. — L..., âgé de 66 ans, est cordonnier, dernier survivant d'une famille exceptionnellement nombreuse (sa mère n'a pas eu moins de 22 enfants), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, pour des troubles dyspeptiques. Ses digestions lentes, pénibles, laborieuses sont accompagnées de ballonnement du ventre, de renvois gazeux et de constipation. Malgré tout, l'état général est satisfaisant ; le malade, quoique maigre et de faible apparence, a conservé son appétit, ses forces et son entrain habituels. Le ventre est souple et insensible à la palpation qui ne révèle pas de tumeur ni de résistance profonde ; l'épigastre seul est un peu tendu et sensible à la main.

Le malade étant à jeun et n'ayant absolument rien

(1) Comby. — Le rachitisme (Collection Debove).

ingéré (ni solides, ni liquides) depuis plus de 16 heures, je me suis efforcé de mesurer la capacité de son estomac ou tout au moins de fixer la limite inférieure de cet organe à l'état de vacuité. Voici les résultats de mon exploration : la percussion rapide et saccadée, à l'aide de la main droite, ne donne aucun bruit distinct à la région épigastrique et à la région ombilicale ; l'estomac paraît complètement vide.

Le malade prend alors, sous mes yeux, un tiers de verre de tisane, et je répète l'exploration. Immédiatement je perçois un bruit de clapotage qui occupe tout l'épigastre, et qui, à gauche, descend exactement à deux travers de doigt au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. La percussion faite au-dessous de cette limite et dans les autres régions de l'abdomen ne révèle aucun clapotement. En pratiquant la succussion hippocratique, on obtient également un bruit de glou-glou moins net que par la percussion directe.

Les autres viscères n'offrent rien d'anormal : le foie ne dépasse pas sensiblement les fausses côtes ; l'urine est claire et ne contient ni albumine ni sucre. L'addition de perchlorure de fer à cette urine ne donne pas la coloration rouge vineux observée par M. Bouchard dans quelques cas. Rien au cœur, rien aux poumons. Ce dyspeptique est donc atteint d'une dilatation considérable de l'estomac. La dyspepsie et la dilatation s'expliquent très bien d'ailleurs par ses antécédents hygiéniques. Il n'a pas fait de maladie dont il ait gardé le souvenir ; il n'a pas eu la syphilis, et l'iodure de potassium, dont il fait usage pour combattre les déformations osseuses dont je parlerai bientôt, est resté absolument inefficace.

Son père est mort subitement à l'âge de 57 ans ; sa mère serait morte tuberculeuse à 47 ans. Dans l'enfance il a été rachitique et n'a pu marcher avant l'âge de 2 ans ; il porte encore, à l'heure actuelle, les déformations irrémédiables d'un rachitisme très accusé : les

fémurs et les tibias sont fortement incurvés, la tête est très grosse et le front proéminent. Au sortir de l'enfance, le malade (il s'en souvient), était gros mangeur, et, plus tard, à l'âge adulte, il pouvait impunément, malgré sa petite taille, ingérer 4 livres de pain par jour. Il a fait campagne en Algérie pendant 5 ans, avant la pacification, et son estomac, aidé par des exercices violents et répétés, n'a pas souffert des alternatives d'abstinence et d'alimentation excessive auxquelles l'exposaient les hasards de la guerre. Ce n'est que plus tard, il y a 20 ans environ, alors que le malade fut condamné à une profession sédentaire, que les conséquences du surmenage stomacal se firent sentir. Si notre homme a été fumeur, il n'a jamais fait d'excès de boissons alcooliques ou autres. Son seul défaut hygiénique était de surcharger son estomac d'aliments grossiers, abondants et mal divisés. Il a toujours eu pour habitude de manger beaucoup et vite; l'état défectueux de ses dents apportait encore un obstacle à la mastication sommaire à laquelle il se livrait.

D'autre part, la profession sédentaire de cordonnier est peu favorable à la digestion de pareilles masses alimentaires. La dyspepsie et la dilatation d'estomac s'expliquent donc tout naturellement: l'une et l'autre ont été la conséquence de ces distensions mécaniques répétées. C'est un exemple d'estomac forcé.

M. Comby fait alors la description de déformations ostéomalaciques survenues il y a 10 ans chez le malade: déformation ostéomalacique de la colonne vertébrale, caractérisée par une cyphose à grande courbure, déformation et augmentation de volume des deux clavicules, incurvation du radius gauche et nodosités des deuxièmes phalanges des doigts (Nodosités de Bouchard).

Voici comment M. Comby comprend la filière des accidents qu'à présentés ce malade :

« Dans la première enfance, c'est un allaitement défectueux qui a eu pour conséquence le rachitisme; l'exis-

tence de cette affection est établie par le double fait que la marche a été retardée jusqu'à 2 ans, et que les déformations rachitiques se sont perpétuées au niveau des membres inférieurs. Déjà l'estomac devait être dilaté et l'élaboration des aliments pouvait en souffrir. Le malade, guéri ou à peu près de son rachitisme, n'a pas eu à souffrir de son estomac pendant de longues années. Ce silence de l'estomac doit être attribué à la sobriété du malade pour les liquides ; il n'était pas buveur et se contentait d'une faible ration de liquide. Puis la dilatation d'estomac a parlé de nouveau ; elle a porté atteinte à la nutrition des os, non pas sous forme de rachitisme, mais sous forme d'ostéomalacie ou rachitisme sénile ».

Nous même avons observé 3 cas de ce genre. Ils font l'objet des observations VIII, XXII et XXVIII ayant trait à des jeunes gens de 16 ans $\frac{1}{2}$, de 19 ans $\frac{1}{2}$ et de 20 ans $\frac{1}{2}$. Dans ces 3 cas, la dyspepsie, causée par une alimentation défectueuse pendant la première enfance, est restée latente pendant bien longtemps, pour ne se révéler que vers 17 ans dans l'observation VIII, et vers 19 ans dans l'observation XXII. Dans l'observation XXVIII, nous voyons même que notre jeune ami a une dilatation de l'estomac descendant à l'ombilic, mais n'a jamais éprouvé d'autre trouble dyspeptique qu'une indigestion, la dyspepsie a évolué chez lui d'une façon très lente.

Influence de la dyspepsie sur les maladies

Nous avons vu, plus haut l'influence néfaste de la dyspepsie sur l'état général : nous inclinons à croire que cette affection, essentiellement débilitante, prédispose aussi aux autres maladies. « On peut se demander, dit M. Comby (1), si les enfants comme les adultes atteints de dilatation d'estomac ne sont pas plus vulnérables devant les maladies infectieuses, contagieuses, épidé-

(1) Comby. Archives de médecine 1884.

miques, qui choisissent surtout leurs victimes parmi les faibles, les délicats, les épuisés ».

M^r Bouchard (2), en parlant de la dyspepsie des adultes exprime la même idée : « La dyspepsie, conséquence de la dilatation d'estomac, provoque la plupart des accidents morbides qu'on voit s'associer à la dilatation gastrique. Cette dyspepsie, en élaborant incomplètement ou imparfaitement la matière alimentaire, crée une sorte d'inanition, appauvrit la constitution, diminue la résistance de l'organisme et sa plasticité, et ainsi, l'homme sera plus vulnérable aux causes de maladies, et les maladies, ainsi développées chez lui à l'occasion de causes banales, auront moins de tendance à guérir spontanément et seront ainsi exposées à devenir chroniques ».

Ainsi l'entérite aiguë sévit, pendant la saison chaude, avec une intensité remarquable sur les dyspeptiques. Plus que tous les autres enfants ils y sont prédisposés par les lésions chroniques de leur tube digestif.

M. Bouchard, sur 12 cas de fièvre typhoïde, a observé chaque fois la dilatation d'estomac ; il se demande si la dilatation d'estomac n'a pas préparé l'introduction de l'agent infectieux.

Nous avons fait la même remarque chez l'enfant et sur 5 cas de fièvre typhoïde, nous avons trouvé 4 fois des signes manifestes de dyspepsie.

Nous donnons un résumé très succinct de ces observations.

1^o Désirée B..., âgée de 3 ans, demeurant à Asnières, a une sœur soignée également à l'hôpital pour fièvre typhoïde. Nourrie au sein jusqu'à 14 mois. Première dent à 9 mois. Marche à 12 mois. Rougeole à 8 mois. Fièvre typhoïde légère avec défervescence le vingtième jour, constipation ; la température n'a pas dépassé 39°⁵ ; l'état général a toujours été bon, pas de dilatation d'estomac.

(2) Bouchard. Société médicale des hôpitaux 1884.

2^o Léontine M..., âgée de 10 ans, nourrie au sein maternel jusqu'à 16 mois. Marche à 13 mois. Rougeole à 3 ans. Fièvre typhoïde avec défervescence le dix-septième jour : puis rechute qui dure 17 jours; actuellement, convalescence : dilatation de l'estomac et clapotage descendant à un centimètre au-dessus de l'ombilic; tympanisme stomacal;

3^o Louise R..., âgée de 14 ans, a été nourrie au biberon. Rougeole à 8 ans. Fièvre typhoïde avec constipation opiniâtre; défervescence le vingt-septième jour; rechute 31 jours après : rechute grave avec grandes oscillations; défervescence le quinzième jour. Dilatation d'estomac avec tympanisme et clapotage jusqu'à l'ombilic;

4^o W... Eugénie, âgée de 14 ans. Née à 8 mois. Nourrie au sein jusqu'à 15 mois, mais la maman lui donnait en même temps des bouillies. Chlorose depuis 2 ans. Amenée à l'hôpital des Enfants-Malades, le 16 août 1898, pour une fièvre typhoïde. Elle fait sa défervescence au trente-deuxième jour. A la percussion de la région épigastrique on perçoit un clapotage qui descend à un centimètre au-dessous de l'ombilic;

5^o Victorine G..., 12 ans 1/2. Née à terme, élevée au biberon à la campagne. Première dent à 10 mois. Rougeole à 2 ans et depuis bronchite tous les hivers. Polyphagie; pas de polydipsie; diarrhée de temps en temps. De temps à autre, douleurs stomacales. Fièvre typhoïde légère avec rechute très grave de 22 jours de durée et état typhoïde très grave.

Dans quelques-unes de nos observations on trouve mentionnée l'appendicite; aussi croyons-nous que les dyspeptiques, habituellement constipés sont plus que d'autres prédisposés à cette maladie.

Une affection qui paraît avoir des rapports bien évidents avec la dyspepsie est l'ectopie rénale. Nous avons observé cette année, dans le service de M. Comby, combien était fréquent chez l'enfant le déplacement du

rein droit. Or le plus souvent, chez ces malades, nous avons été frappé de l'existence d'une dyspepsie déjà ancienne.

Sur nos 76 observations nous avons noté cette coïncidence dans 5 cas. Nous avons publié dans la *Médecine Moderne* du 15 juin 1898 un exemple très intéressant de rein mobile chez une dyspeptique. Cette fillette de 11 ans avait été présentée à M. Comby (1) avec le diagnostic d'appendicite et portait la cicatrice d'un vésicatoire au lieu d'élection de cette affection.

Nous avons observé un cas de dyspepsie chronique avec rein mobile du côté gauche; cette particularité assez rare nous a conduit à en publier l'observation :

OBSERVATION LXXVI : Le 12 janvier 1899, M^r Comby est appelé à voir avec le D^r Riocreux une fillette de 10 ans qui souffre de violentes douleurs dans le ventre avec vomissements, rappelant une crise d'appendicite. Mais il n'y a rien dans la fosse iliaque droite, et on sent, immédiatement sous les fausses-côtes gauches, une tumeur arrondie, faisant saillie, grosse comme le poing de l'enfant. Cette tumeur n'est pas mobile, elle est douloureuse à la palpation. Il existe au devant d'elle une sonorité faible : elle est séparée de la rate et du foie par une zone sonore. Ce n'est pas la première fois que l'enfant présente de pareils symptômes. Depuis 2 ans, à la suite d'une chute qu'elle aurait faite sur le côté gauche, elle aurait eu plusieurs crises analogues, débutant comme une indigestion et persistant 7 à 8 jours. L'avant-dernière crise, elle a eu de la fièvre; généralement apyrexie. L'enfant est agitée, nerveuse, excitable. Elle a été mal nourrie, a fait de la suralimentation vers l'âge de 2 ans, a été rachitique. Très gourmande, elle mange vite et boit beaucoup.

(1) M. Comby. *Médecine Moderne*, 15 juin 1898. Le Rein Mobile chez l'enfant.

Elle a de fréquentes indigestions. Constipation habituelle: teint pâle; maigreur.

Lé 25 janvier je revois l'enfant : la crise est terminée; le ventre est indolore, la tumeur a disparu. C'était évidemment le rein gauche; il a repris sa place. On constate que l'estomac est dilaté et clapote jusqu'à l'ombilic.

Ce cas, en résumé, est remarquable par le déplacement intermittent du rein gauche, avec paroxysmes excessivement douloureux. L'examen du flanc droit n'a rien révélé du côté de l'autre rein.

Qui n'a remarqué dans la grippe la prédominance des signes gastro-intestinaux chez les dyspeptiques. Chez ces malades, en effet, la grippe prend une forme toute spéciale; les troubles digestifs dominent toute la scène, et les accidents bronchiques, parfois peu accusés, peuvent même faire complètement défaut.

Enfin, dans tous les cas de coqueluche que nous avons observés, nous avons remarqué que les vomissements étaient plus fréquents et affectaient une gravité plus grande chez les dyspeptiques que chez les autres enfants.

En un mot, toutes les maladies offrent, chez les dyspeptiques, un caractère de gravité qu'elles ne présentent pas chez les enfants élevés au sein maternel.

PRONOSTIC DE LA DYSPEPSIE

Après tout ce que nous venons de dire, le pronostic de la dyspepsie paraîtrait des plus sombre, si nous ne nous empressions d'ajouter que cette affection ne menace jamais directement la vie. Bien plus, nous pensons même que l'enfant, grâce à une hygiène et à une thérapeutique appropriées, est susceptible de s'améliorer beaucoup plus facilement que l'adulte. Chez lui les lésions

sont plus récentes et il suffit d'un traitement rationnel bien suivi pour les voir rétrocéder.

La guérison complète peut-elle être observée? Nous n'avons pu suivre nos petits malades assez longtemps pour nous prononcer d'une façon tout à fait définitive. Mais, vu les résultats obtenus, nous croyons *à priori* cette terminaison très probable, pour ne pas dire presque certaine, dans les cas où les malades veulent bien s'astreindre au régime que nous indiquons plus loin. Dans 20 cas, en effet, nous avons noté, grâce au traitement une disparition complète et à bref délai de tous les signes fonctionnels. La constipation, la céphalée, la fièvre de digestion, les terreurs nocturnes, les accès d'asthme, l'anémie s'améliorent bien vite pour disparaître tout à fait. Le trouble le plus durable en général est la polydipsie; elle persiste assez souvent, alors que tous les autres signes de dyspepsie ont disparu.

Dans ces cas, l'estomac n'a pas suivi la même rétrocession que les troubles fonctionnels et nous n'avons pas observé de diminution de son volume. Dans 5 observations seulement, nous avons constaté, après un traitement plus ou moins long, une diminution de la dilatation de l'estomac. Dans l'observation XX, le clapotage qui avait d'abord été perçu à l'ombilic, ne l'était plus qu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic. Dans les observations XXXIV, XXXVII, XLIX, LV la diminution de volume paraît avoir fait des progrès plus notables encore et l'estomac qui, au début, descendait au-dessous de l'ombilic, était plus tard retrouvé, par le clapotage, à un centimètre au-dessus de l'ombilic.

Tous ces faits nous ont amené à croire que l'estomac pouvait, en diminuant de volume petit à petit, reprendre sa capacité normale. Par le fait même de la guérison de ce symptôme essentiel de la dyspepsie infantile, nous pensons que la dyspepsie de l'enfant peut guérir dans certains cas.

DIAGNOSTIC DE LA DYSPEPSIE

Nous laisserons de côté les signes capables de différencier les formes de la dyspepsie infantile ; nous y avons assez longuement insisté sans avoir besoin d'y revenir. Nous étudierons de préférence les affections susceptibles de faire commettre des erreurs de diagnostic.

L'indigestion, cet accident aigu de la dyspepsie peut être bien difficilement méconnu. On ne le confondra pas avec le début d'un certain nombre de maladies aiguës : variole, scarlatine, pneumonie, grippe, qui s'annoncent parfois par des vomissements, de la diarrhée et de la fièvre. Si l'indigestion a une durée assez longue, elle peut simuler la fièvre typhoïde et même la méningite. Mais, dans tous ces cas, les commémoratifs mettront le praticien sur la voie du diagnostic. On apprend, en effet, que tous les accidents ont fait leur apparition chez un enfant dyspeptique à la suite d'excès alimentaires ou d'abus de boissons ; la guérison rapide lèvera tous les doutes.

On sera souvent plus embarrassé pour savoir s'il s'agit d'un embarras gastrique simple ou d'une grippe ; mais, dans cette dernière affection, le caractère épidémique de la maladie, sa durée plus longue et la fièvre en général assez vive, seront d'un précieux secours.

Pour reconnaître une fièvre typhoïde légère, on sera obligé, dans un grand nombre de cas, d'avoir recours au séro-diagnostic. Enfin, on n'oubliera pas que la plupart des maladies aiguës s'annoncent par un embarras gastrique.

La fièvre de digestion pourrait être confondue au premier abord avec l'impaludisme. Mais, dans le premier cas, la fièvre est en général modérée ; elle ne dépasse guère 38° ou 38°.5 ; l'accès fébrile peut durer de un à

trois jours ; il survient, en général, après les repas et, en particulier, après le repas du soir.

Les enfants qui présentent ces accès n'ont rien au foie ni à la rate, comme les paludiques. Ce sont, au contraire, de grands dyspeptiques avec anorexie, polydipsie, constipation habituelle, céphalée, etc.

En présence d'un enfant porteur d'urticaire ou de prurigo de Hébra, on ne se hâtera pas de porter un diagnostic défavorable et de ranger le malade dans la catégorie des herpétiques. On se souviendra que ces accidents cutanés sont le plus souvent sous la dépendance de troubles digestifs et que le traitement a un effet des plus favorable sur leur évolution.

Chez un enfant nerveux, difficile de caractère, impatient, chagrin, ayant de la céphalée, il faut toujours songer à la dyspepsie avant d'instituer un traitement dirigé contre le nervosisme. Cet état nerveux est souvent symptomatique d'une affection du tube gastro-intestinal, susceptible de guérison par un traitement approprié.

La migraine avec ses symptômes caractéristiques : douleur vive, hémicranienne avec photophobie et vomissements ne sera pas confondue avec la céphalée si fréquente chez les dyspeptiques. Dans un cas (observation XLII.), nous avons trouvé associées, chez un même malade, la céphalée dyspeptique et la migraine.

L'asthme vrai se différencie de l'asthme dyspeptique par la durée plus courte de ses accès, et surtout par l'intervalle toujours très long qui sépare chaque accès ; chez l'enfant dyspeptique, les accès d'étouffement et la bronchite à répétition coïncident avec des troubles dyspeptiques et s'améliorent avec eux.

Dans les formes de dyspepsie où l'anémie ne sera pas très prononcée, il sera facile de dépister la dyspepsie, la chlorose ne présentant jamais cet aspect clinique. Mais si, chez un enfant pâle, maigre, faible, dont les digestions sont mauvaises, on constate aussi de la toux,

il sera parfois bien difficile d'écarter l'idée de tuberculose latente et l'enfant sera souvent soigné en conséquence. Ainsi l'observation XXVII montre un fait de ce genre : Un garçon de 11 ans, pâle, maigre, apathique, considéré comme lymphatique menaçant de la poitrine avait été soigné par des toniques ; un examen approfondi démontra dans ce cas une dyspepsie évidente.

Beaucoup de parents ont une tendance à incriminer à tout propos la croissance chez un enfant du deuxième âge et arrivent parfois à influencer le médecin. La céphalalgie, les douleurs diffuses dans les membres, les palpitations, l'anémie, l'amaigrissement, tout est pour eux fonction de croissance. La conséquence est des plus funeste aux petits malades : on les sature de phosphates au grand détriment de leur estomac ; le régime de la dyspepsie, au contraire, dissipe bien vite tous ces symptômes alarmants.

On ne saurait méconnaître l'entéro-colite muco-membraneuse. Avec un peu d'attention, on distinguera facilement les anneaux réguliers, rubanés de tœnia, des débris épithéliaux du gros intestin. Dans la dyssenterie, l'état général est mauvais ; les selles s'accompagnent d'épreintes douloureuses ; le sang est rendu en abondance.

En présence d'un ictère survenu brusquement chez un enfant assez âgé, la première pensée doit toujours être pour l'ictère catarrhal. Nous avons vu, en effet, la fréquence de cette complication au cours de l'embarras gastrique. Il ne sera pas confondu avec la cirrhose hypertrophique biliaire, affection rare, caractérisée par une hypertrophie du foie et de la rate qui peut devenir énorme, un ictère prolongé, une hypertrophie notable de la dernière phalange des doigts et des orteils et une augmentation de volume des extrémités du tibia, du péroné, du fémur. L'ictère syphilitique coïncidera avec d'autres accidents syphilitiques du côté de la peau ou du

côté des muqueuses. Nous ne parlerons pas de la lithiasé biliaire, cette affection, d'une rareté extrême, n'a guère été rencontrée que chez quelques nouveaux-nés, venus au monde avec un ictère très intense.

TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE (1)

Prophylaxie de la dyspepsie

Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, la place prépondérante que tient l'alimentation défectueuse de la première enfance dans la pathogénie de la dyspepsie. Exceptionnelle chez les enfants nourris au sein maternel et alimentés selon les principes d'une bonne hygiène, elle est l'apanage des enfants élevés au biberon, sevrés trop tôt ou trop brutalement.

Aussi devrait-on toujours conseiller l'allaitement naturel bien réglé de préférence à tout autre mode d'alimentation. Plus tard on surveillera le sevrage qui sera tardif et progressif; enfin, après le sevrage, on ne permettra que quatre repas par jour en rationnant les aliments et les boissons.

Régime alimentaire

La première question qu'on se pose en présence d'un enfant dyspeptique est celle du régime. Faut-il instituer un régime alimentaire spécial?

Sur ce sujet, notre opinion fondée sur nombre d'observations, est invariable : oui, il faut soumettre l'enfant à un régime sévère, afin d'arrêter les progrès du mal et d'amener une rétrocession des lésions si elles ne sont pas trop avancées.

(1) Une partie de ce chapitre est empruntée au traité des Maladies de l'Enfance de MM. Comby et Marfan, tome II. Traitement de la dyspepsie chronique de la deuxième enfance.

Pour ce faire, on devra, avant tout, régler l'enfant comme boissons et comme aliments. Au-dessous de 4 ans, l'enfant fera 4 repas par jour, dont 2 légers (à 8 heures du matin et à 4 heures du soir), et 2 plus substantiels (à 11 heures ou midi et vers 7 heures du soir). Au-dessus de 4 ans, on ne permettra que 3 repas, 1 léger le matin et 2 autres plus substantiels. A chaque repas, on réduira la quantité de boisson à un verre de liquide et de préférence du lait. Le lait, en effet, a la propriété de faire disparaître la polydipsie en très peu de temps; s'il n'est pas toléré, on donnera l'eau pure, l'eau d'Alet, l'eau d'Evian, l'eau étendue d'une faible quantité de vin rouge ou blanc. On refusera toute boisson en dehors des repas et on ne permettra aucune liqueur alcoolique ou fermentée (vin pur, alcool, bière, cidre, poiré, etc.).

Le choix des aliments est très important et nous ne saurions trop insister sur l'effet désastreux des viandes conservées ou faisandées, des crustacés (homards, langoustes, moules, huîtres, etc.), de la charcuterie, des crudités (salades, radis, fruits crus, etc.), des pâtisseries, des sucreries, en un mot, de tout aliment capable de favoriser des fermentations dans le tube digestif. On insistera aussi sur la nécessité de supprimer le bouillon, dont le seul effet est d'augmenter la dilatation stomacale.

On conseillera, comme aliments, le pain grillé ou la croûte de pain, la biscotte de Bruxelles, le pain de Graham les soupes, panades, potages épais; les fromages frais, les œufs au lait, crèmes; les poissons frais bouillis; les viandes blanches très tendres, le veau, la cervelle, le riz de veau ou d'agneau; et, de temps à autre, les viandes saignantes rôties ou grillées, surtout si l'enfant est assez âgé; les purées de légumes secs (haricots, flageolets, pois, lentilles), les purées de pommes de terre au lait, le riz au lait; les légumes verts très cuits, s'il y a de la constipation (haricots verts, chicorée, endives); les gâteaux

secs, les fruits cuits (pruneaux, marmelades), les compotes, les fruits crus bien mûrs dépouillés de leur enveloppe et privés de pépins (raisins, prunes de reine-claude, pêches, fraises, bananes, etc.).

TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE

Le régime ne suffit pas dans le traitement de la dyspepsie ; il faut aussi combattre l'atonie gastro-intestinale et les symptômes intestinaux si fréquents.

Pour atteindre ce but, nous employons dans le premier cas la noix vomique, à la dose de un demi centigramme par jour et par année d'âge : mais cette dose peut être augmentée.

Contre la constipation, nous donnons, en général, de la magnésie calcinée, qu'on peut associer au benzo-naphtol.

Si l'enfant a de la diarrhée, nous remplaçons la magnésie calcinée par le salicylate de bismuth.

Quand il a des gaz, du ballonnement, nous associons aux poudres précédentes la craie préparée ou le carbonate de magnésie.

Nous donnons toujours ces médicaments sous forme de paquets et nous associons dans chaque cas un peu de bicarbonate de soude : 0.50 centigrammes à 1 gramme par jour.

Voici comment nous formulons en général nos paquets eupeptiques :

Bicarbonate de soude.....	} à 0.25 centigrammes.	
Magnésie calcinée.....		
Benzo-naphtol.....		
Poudre de noix vomique....	0.02	—

pour un paquet, n° 20. Prendre un paquet avant chaque repas dans une cuillerée à café de lait, les continuer pendant 10 jours.

S'il y a de la constipation :

Bicarbonate de soude.....	} aâ 0.25 centigrammes.	
Magnésie calcinée.....		
Poudre de noix vomique....		0.02 —

Parfois la constipation est opiniâtre et on n'arrive pas à en triompher ; on ajoute alors 2 à 4 grammes de follicules de sené à une compote de pruneaux. Si ce moyen échoue, on a recours aux suppositoires creux à la glycérine, contenant 1 gramme de glycérine neutre par suppositoire ; on peut y ajouter de l'aloès et de l'extrait de belladone suivant la formule :

Beurre de cacao.....	q. s.	
Glycérine.....	1 gramme.	
Aloès.....	0.10 centigrammes.	
Extrait de belladone...	0.01	—

pour 1 suppositoire creux. En introduire un tous les matins ou tous les soirs pour obtenir une selle immédiate.

S'il y a de la diarrhée :

Bicarbonate de soude.....	0.25 centigrammes.	
Solycylate de bismuth.....	} aâ 0.20	—
Benzo-naphtol.....		
Poudre de noix vomique....	0.02	—

S'il y a du ballonnement :

Bicarbonate de soude.....	} aâ 0.25 centigrammes.	
Magnésie calcinée.....		
Craie préparée.....		
Poudre de noix vomique....	0.02	—

On peut aussi, dans certains cas, associer la pepsine à la dose de 10 centigrammes ; on se trouvera toujours très bien de cette association dans les fièvres de digestion.

Mais nous nous empressons d'ajouter que toutes ces formules n'ont aucune valeur en elles-mêmes ; elles ne

peuvent être employées indistinctement dans tous les cas. Elles varieront avec l'âge du malade et avec les différents symptômes qu'il présente.

Pour compléter cette thérapeutique, on conseillera les frictions sèches, matin et soir, sur tout le corps, avec le gant de crin, les bains salés, le séjour à la campagne ou sur le bord de la mer. Chez les écoliers, on exigera de nombreuses récréations, et on évitera une application cérébrale trop soutenue.

Dans le courant de cette année, nous n'avons pas observé de cas de dyspepsie de la deuxième enfance nécessitant le lavage de l'estomac : c'est assez dire combien est rare l'indication de cette méthode. Il doit être réservé aux cas graves avec flatulence, putréfactions gastriques, renvois nidoreux, digestions très lentes, en un mot, quand le séjour des aliments dans l'estomac est par trop prolongé,

TRAITEMENT DE L'INDIGESTION ET DE L'EMBARRAS GASTRIQUE

Pour le traitement de ces accidents, il faut se reporter aux articles de M. Comby sur ce sujet dans le traité des Maladies de l'enfance de MM. Comby et Marfan, Tome II.

Après la guérison de ces accidents, manifestations de la dyspepsie chronique, on devra instituer toujours le traitement ci-dessus.

TRAITEMENT DU GROS VENTRE DYSPEPTIQUE

Quand les fermentations gastro-intestinales sont telles que le développement du ventre est énorme, on soumet

l'enfant au régime lacté, afin de diminuer ces fermentations dans la mesure du possible.

Contre la constipation, on pourra donner un lavement composé de :

Miel de mercuriale.....	15 grammes.
Eau bouillie tiède.....	250 —

Pour favoriser l'absorption des gaz, l'enfant prendra 3 fois par jour un des paquets suivants :

Calomel à la vapeur.....	0,01 centigramme.
Poudre de semences d'anis.	0,05 —
Poudre de noix vomique..	0,005 milligrammes.
Lactose.....	0,05 centigrammes.

pour un paquet n° 15. Les continuer pendant cinq jours.

On fera tous les jours une friction sur le ventre avec le liniment suivant :

Huile d'amandes douces....	20 grammes.
Teinture de noix vomique....	2 —

Après chaque friction, une bande de flanelle sera appliquée autour du ventre de l'enfant.

On pourra remplacer ces frictions par des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 50 grammes pour 1000 (un litre).

TRAITEMENT DE LA FORME NERVEUSE

Outre le traitement sus-indiqué, on conseillera aux petits dyspeptiques nerveux l'hydrothérapie sous toutes ses formes.

Chez eux surtout, on surveillera avec un soin jaloux le travail intellectuel; toute application cérébrale leur étant nuisible, de nombreuses récréations leur seront nécessaires.

TRAITEMENT DE LA FORME CUTANÉE

Tout d'abord, le traitement général indiqué plus haut.

Contre l'urticaire à répétition, le régime suffira le plus souvent à la guérison; on ordonnera une pommade calmante contre les démangeaisons; soit :

Glycerolé d'amidon,	30 grammes.
Acide tartrique	1 gramme.

Pour calmer les démangeaisons, on peut essayer aussi les lotions vinaigrées : 1/4 de vinaigre pour 3/4 d'eau; mais c'est un moyen infidèle.

Contre l'urticaire chronique et le Prurigo de Hebra, le traitement local a une grande importance.

On emploiera, soit les enveloppements des parties malades avec le liniment oléo-calcaire, soit avec le sparadrap à l'huile de foie de morue, soit enfin les frictions quotidiennes avec l'huile de foie de morue.

On donnera aussi l'huile de foie de morue à l'intérieur. Enfin on empêchera les grattages, et pour ce faire, il faudra attacher les mains du malade.

Dans tous les cas traités de cette façon, nous avons observé une amélioration très rapide des accidents cutanés.

TRAITEMENT DE LA FORME PULMONAIRE

La révulsion locale, sous forme de ventouses sèches, de teinture d'iode, de cataplasmes sinapisés, viendra en aide au traitement général, en particulier dans les bronchites à répétition.

TRAITEMENT DE LA FORME ANÉMIQUE

Chez les dyspeptiques, la décoloration des muqueuses et de la peau est due à une diminution des globules rouges, et par conséquent de l'hémoglobine.

Les ferrugineux, employés rationnellement, trouvent donc ici leur indication. On donnera le protoxalate de fer, en très petite quantité, associé à l'une des poudres dont il a été parlé; on ajoutera toujours un peu de rhubarbe pour combattre la constipation consécutive à l'emploi des sels de fer.

Soit pour un enfant de 6 ans :

Bicarbonate de soude.....	} aa 0,20 centigrammes
Magnésie calcinée.....	
Rhubarbe.....	
Protoxalate de fer.....	} aa 0,03 —
Poudre de noix vomique.....	

TRAITEMENT DE L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

1° Alimentation. — Dans les cas graves, le régime lacté absolu est de rigueur.

Dans les cas de moyenne intensité :

a) Chez les enfants au-dessous de 3 ans, on réduit le nombre des repas à 4 ou 5 par jour; on ne permet aucune autre boisson que le lait et on ne donne rien en dehors des repas.

A chaque repas on donnera à l'enfant :

200 grammes de lait environ;

Une bouillie faite avec du riz, de l'orge, du blé torréfié, de l'arrow-root ou du racahout, etc.

b) Chez les enfants plus âgés, on prescrit les aliments en purée, panades ou soupes épaisses, crèmes, œufs, purées de légumes, fruits cuits, compotes, etc...

2° Matin et soir, on donnera à l'enfant un grand lavement de l'intestin, en ayant soin de se servir d'une sonde molle, qu'on fera remonter le plus haut possible dans l'intestin.

On ordonnera :

Eau bouillie tiède.....	500 grammes
Borax.....	1 —

3° Localement, on fera un enveloppement ouaté du ventre avec applications de baume tranquille;

4° On prescrira des paquets eupeptiques contre la diarrhée;

5° S'il y a du mœlena, on donnera tous les jours un lavement avec :

Eau bouillie.....	500 grammes
Nitrate d'argent..	0,50 centigrammes à 1 gramme

6° S'il y a de la fièvre au moment des poussées aiguës, on se trouvera bien des bains tièdes à 30 degrés, 3 ou 4 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

En dehors de ces poussées aiguës, on conseillera le traitement thermal : les eaux de Plombières, Châtel-Guyon, Kissingen, sont particulièrement favorables en pareil cas.

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE CATARRHAL

1° Repos au lit;

2° Régime lacté jusqu'à la disparition de l'ictère;

3° Donner un purgatif dès le premier jour;

4° On donnera les jours suivants du calomel à dose

fractionnée, 4 ou 6 centigrammes par jour, par paquets de deux centigrammes. Il faut toujours dans ce cas surveiller les gencives, afin d'arrêter la médication à temps s'il se produit de la stomatite mercurielle comme nous en avons vu un cas récemment ;

5° Matin et soir on donnera un lavement de l'intestin avec un litre d'eau bouilli, refroidie.

Après la guérison de l'ictère, on instituera le traitement général de la dyspepsie en ayant soin d'éviter toujours la constipation.

CONCLUSIONS

1° La dyspepsie chronique est une affection très fréquente chez les enfants du second âge.

2° Elle reconnaît comme cause la plus commune une alimentation défectueuse de la première enfance, soit l'allaitement artificiel ou mixte, soit l'allaitement maternel mal réglé, soit le sevrage prématuré. Les troubles gastro-intestinaux de la première enfance ne sont donc que le prélude de la dyspepsie chronique de la seconde enfance.

3° Les enfants élevés au sein maternel selon les règles d'une bonne hygiène peuvent aussi devenir dyspeptiques si, après le sevrage, on leur donne une alimentation défectueuse; le plus souvent, ces enfants ne présentent pas de signes de rachitisme.

4° La dilatation de l'estomac, premier symptôme en date de la dyspepsie infantile, apparaît de très bonne heure et précède, en général, l'apparition du rachitisme.

5° Le plus souvent, la dyspepsie chronique est annoncée par des troubles gastro-intestinaux capables de mettre sur la voie du diagnostic.

6° Cette affection reste souvent latente; seul un examen approfondi et méthodique permettra de la dépister.

7° La dyspepsie chronique se présente aussi sous des formes très variables avec les prédispositions héréditaires de chaque enfant. Chez certains, les symptômes nerveux sont prédominants, chez d'autres ce sont les symptômes cutanés; parfois même l'état général de

l'enfant est mauvais et le dyspeptique se présente comme un véritable anémique ; enfin, mais rarement, les accidents pulmonaires dominent la scène.

8° L'entéro-colite muco-membraneuse et l'ictère catarrhal sont des complications assez fréquentes de la dyspepsie.

9° La dyspepsie chronique de la seconde enfance est une affection bénigne, elle ne porte jamais atteinte, même par ses complications, à la vie des malades.

10° Nombre de dyspepsies de l'adulte doivent être considérées comme la conséquence de la dyspepsie de l'enfance ; et l'origine doit en être cherchée dans l'alimentation défectueuse de la première enfance.

11° Le régime et le traitement ont une influence très heureuse sur les troubles fonctionnels ; ils peuvent faire diminuer la capacité de l'estomac dilaté et peut-être même amener la guérison complète de la dyspepsie chronique de la deuxième enfance.

Vu : PAR LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

DEBOVE.

Vu : PAR LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

